

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA APARECIDA MOREIRA RAPOSO

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

VITÓRIA – ES

2013

MARIA APARECIDA MOREIRA RAPOSO

**VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paulete Maria Ambrósio Maciel.

Coorientadora: Prof^a Ms. Franciéle Marabotti Costa Leite.

VITÓRIA - ES

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

R219v Raposo, Maria Aparecida Moreira, 1973-
Violência contra a pessoa idosa: o olhar dos profissionais de
saúde de um hospital universitário / Maria Aparecida Moreira
Raposo. – 2013.
125 f. : il.

Orientador: Paulete Maria Ambrósio Maciel.
Coorientador: Franciéle Marabotti Costa Leite.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Maus-Tratos ao Idoso. 2. Enfermagem. 3. Serviços de
Saúde para Idosos. 4. Saúde do Idoso. I. Maciel, Paulete Maria
Ambrósio. II. Leite, Franciéle Marabotti Costa. III. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV.
Título.

CDU: 61

MARIA APARECIDA MOREIRA RAPOSO

**VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde.

28 de novembro de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Paulete Maria Ambrósio Maciel
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Ms. Franciéle Marabotti Costa Leite
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Tereza Coimbra de Carvalho
Universidade de Vila Velha
(membro externo - titular)

Prof^a. Dr^a. Sheilla Diniz Silveira Bicudo
Universidade Federal do Espírito Santo
(membro interno - titular)

Prof^a. Dr^a. Fátima Helena do Espírito Santo
Universidade Federal Fluminense
(membro externo - suplente)

Prof^a. Dr^a. Leila Massaroni
Universidade Federal do Espírito Santo
(membro interno - suplente)

A meus pais, Rosa e Antônio (*in memóriam*), por serem o exemplo de vida que conheço e por sempre acreditarem em mim.

A meus irmãos, Sandra, Jorge, Fátima, Lucenita e Bárbara, pelo apoio e incentivo constante.

AGRADECIMENTOS

Há muito para agradecer a várias pessoas, a cada um que a seu modo contribuiu para que eu percorresse e chegasse ao fim desta jornada.

A Deus, minha força maior, presente em todos os momentos da minha vida.

A meus pais e irmãos por acreditarem em mim.

À amiga Renata, que me incentivou e me auxiliou na construção do projeto de pesquisa do processo seletivo. Foi responsável pelo meu encorajamento. Obrigada por acreditar que eu conseguiria. Sem o seu entusiasmo eu não teria ingressado no Mestrado.

Ao meu noivo, Paulo Sérgio, pelo apoio mesmo a distância, pelas orações, pela compreensão e pelo estímulo. Foi muito bom poder contar com você!

À professora Paulete Maria Ambrósio Maciel, especial orientadora, principalmente pela motivação. Também pela oportunidade e pelo crescimento profissional. E não posso deixar de lembrar das doces tardes de trabalho e da boa prosa. Sentirei saudades!

À coorientadora Franciéle Marabotti Costa Leite, admirável e com um senso crítico envolvente. Registro minha admiração por sua ponderação e seriedade.

À professora Maria Tereza, pela sua atenção, por sua delicadeza, por aceitar e se disponibilizar a participar da avaliação desta dissertação.

Às professoras Fátima Helena do Espírito Santo e Sheilla Diniz Silveira Bicudo pela participação na banca de qualificação, por suas contribuições valiosas no refinamento do trabalho.

Às colegas de sala pela oportunidade de convivência e crescimento pessoal. Vivemos momentos inesquecíveis que guardarei para sempre em minha memória.

Aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, especialmente Sandra, Renata e Arlene pela ajuda, pela compreensão no momento em que estava mais fragilizada.

Aos colegas de trabalho do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, em particular à enfermeira Luciene, por estar sempre disposta a me ajudar. Meu muito obrigada!

Aos profissionais enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem, médicos, médicos residentes e assistentes sociais que prontamente se dispuseram, com dedicação, a participar desta pesquisa.

A todos os colegas que de uma forma ou de outra colaboraram para a realização deste trabalho meus agradecimentos.

A velhice não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo. Em que consiste esse processo? Em outras palavras, o que é envelhecer? Esta ideia está ligada à ideia de mudança. Mas a vida do embrião, do recém-nascido, da criança é uma mudança contínua. Caberia concluir daí, como fizeram alguns, que nossa existência é uma morte lenta? É evidente que não. Um tal paradoxo desconhece a essencial verdade da vida; esta é um sistema instável no qual, a cada instante, o equilíbrio se perde e se reconquista: é a inércia que é sinônimo de morte. Mudar é a lei da vida.

(Simone de Beauvoir)

RESUMO

A violência contra a pessoa idosa torna-se uma preocupação para a sociedade a partir do momento em que aumenta a conscientização de que, nas próximas décadas haverá um crescimento considerável da população idosa. A apropriação desta temática, pelos profissionais de saúde, torna-se importante para a prevenção e atuação diante de situações de violência contra esse segmento populacional. O objetivo deste estudo é analisar a concepção dos profissionais de saúde da Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário sobre violência contra a pessoa idosa. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. A coleta de dados se desenvolveu em duas fases por meio de questionários, tendo como sujeitos 91 profissionais de saúde. Os resultados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin e Minayo. Na primeira fase participaram 64 sujeitos onde se abordou a concepção de velhice dos profissionais. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2013. A análise desses dados permitiu a construção de quatro categorias sobre a velhice, nas dimensões: biológica, cronológica, psicológica e social. Constatou-se que a concepção de velhice dos profissionais de saúde independe da idade cronológica e é norteadada por fatores como dependência e capacidade funcional. Na segunda fase do estudo foi abordada a concepção de violência, tendo como sujeitos 53 profissionais. Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2013. Da análise dos dados foram construídas três categorias: a violência percebida contra a pessoa idosa, a violência no espaço de cuidado hospitalar e as estratégias em frente a situações de violência contra a pessoa idosa. Constatou-se que a violência dentro do espaço de cuidado hospitalar pode ser possível, mesmo sendo esse local considerado como de cuidado e de proteção. A denúncia às autoridades judiciais competentes apareceu como a forma de encaminhamento mais utilizada, no entanto a notificação dos casos de violência à autoridade sanitária e a discussão do caso em equipe foram pouco utilizadas. O estudo evidenciou as limitações que os profissionais de saúde têm na identificação e condução das situações de violência contra a pessoa idosa, sendo relevante como produto desta pesquisa a proposta de capacitação em violência contra a pessoa idosa para profissionais de saúde que trabalham no hospital.

Palavras-chave: Violência. Idoso. Atenção à saúde. Pessoal de saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

The violence against the elderly becomes a concern to the society from the time that increases the awareness that in the coming decades there will be a considerable increase in the elderly population. The appropriation of this theme, by health professionals, it is important for preventing and treating cases of violence against this population segment. The aim of this study is to analyze the conception of health professionals from the Medical Clinic Unit of a University Hospital on violence against the elderly. This is an exploratory, descriptive, qualitative approach. Data collection was developed in two phases through questionnaires and 91 subjects as health professionals. The results were analyzed using content analysis proposed by Bardin and Minayo. In the first phase participants were 64 where he discussed the concept of old age professionals. Data were collected in the period March to April 2013. Analysis of these data allowed the construction of four categories of old age at the dimensions: biological, chronological, psychological and social. It was found that the concept of old age health professionals independent of chronological age and is guided by factors such as dependency and functional capacity. In the second phase of the study addressed the concept of violence, with 53 professionals as subjects. Data were collected in the period August to September 2013. Data analysis allowed constructed three categories: the perceived violence against the elderly, violence within hospital care and strategies in situations of violence against the elderly. It was found that violence within the space of hospital care may be possible, even though this place considered as care and protection. The complaint to the competent judicial authorities appeared as the most used form of routing, however the reporting of cases of violence to the health authority and case discussion in staff were underused. The study showed the limitations that health professionals have in identifying and driving situations of violence against the elderly person being relevant as the product of this research proposal for training in violence against the elderly for health professionals working in the hospital.

Key words : Violence. Elderly. Health care. Personal health. Nursing.

LISTA DE SIGLAS

CRAI – Centro de Referência de Atendimento ao Idoso

CID-10 – Codificação Internacional de Doenças

CLAVES – Centro Latino-Americano de estudos sobre violências e saúde

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

GTVA – Grupo de Trabalho sobre Violências e Acidentes

HUCAM – Hospital Universitário Antônio Cassiano Moraes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

NUPREVI – Núcleo de Prevenção a Violência

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

QIJ – Quociente idosos-jovens

RD – Relação de dependência

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidente

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 GERAL	23
2.2 ESPECÍFICOS	23
3 QUADRO TEÓRICO	24
3.1 SOBRE O ENVELHECIMENTO E A VELHICE	24
3.2 VIOLÊNCIA E A PESSOA IDOSA: UMA REALIDADE.....	30
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	39
4.1 TIPO DE PESQUISA	39
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	39
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	41
4.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA	44
4.5 COLETA DE DADOS.....	45
4.5.1 Aproximação e encontro com os profissionais	45
4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	48
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
4.8 PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO ELABORADO A PARTIR DOS RESULTADOS.....	51
5 ARTIGOS	53
5.1 ARTIGO 1: CONCEPÇÃO DE VELHICE: UM ESTUDO QUALITATIVO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	53
5.2 ARTIGO 2: VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO ESPAÇO DE CUIDADO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	69
6 PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO: CAPACITAÇÃO EM VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA	90
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
8 REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES	103
APÊNDICE A	104
APÊNDICE B	107
APÊNDICE C	109
APÊNDICE D	112

APÊNDICE E 114

ANEXOS 116

ANEXO A 117

ANEXO B 118

ANEXO C 121

1 INTRODUÇÃO

A motivação inicial para o estudo da temática aqui tratada partiu das reflexões oriundas de minha trajetória acadêmica e, especialmente, da *práxis* no trabalho na Secretaria Municipal de Saúde (Semus) e no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam) em Vitória-ES.

Em minha trajetória acadêmica, sempre estive envolvida com pesquisa, seja como estagiária em pesquisa, seja como bolsista de Iniciação Científica e de Aperfeiçoamento. Ao longo dos anos de formada, minhas atividades desenvolveram-se sempre na Atenção Básica na área de envelhecimento, enquanto, na Atenção Hospitalar, apesar de não trabalhar em unidade geriátrica, sempre me deparei com a assistência de Enfermagem ao idoso, uma vez que estes estão presentes em praticamente todos os setores.

Na Semus tive a oportunidade de trabalhar dez anos no Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (Crai), local de atendimento especializado em geriatria e gerontologia, com abordagem em equipe multidisciplinar e interdisciplinar, envolvendo profissionais médicos geriatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. Desde 2007 até a presente data, exerço a função de enfermeira na área Técnica de Saúde do Idoso com implantação, acompanhamento e monitoramento de políticas públicas para população idosa.

No Crai, como enfermeira, realizava consulta de Enfermagem, trabalhos em grupos com idosos e familiares/cuidadores, atendimento domiciliar, atendimento à família e capacitação da Atenção Básica.

Durante esse período, aprendi a conhecer e a reconhecer o idoso como um indivíduo que envelheceu, mas que preserva todos os sentimentos inerentes ao ser humano, sendo único, com peculiaridades que os anos trouxeram e encarando o envelhecimento como um processo natural que atinge todos os seres, mas que pode por vezes envolver processos patológicos; o idoso não é um adulto de cabelos brancos, nem uma criança, mas um indivíduo que envelheceu e que tem o direito de atendimento de acordo com suas particularidades, que vão desde o tratar até o cuidar.

Na área técnica tive a oportunidade de fazer interlocução com várias Secretarias e setores da Semus dos quais destaco o Núcleo de Prevenção a Violência (Nuprevi) pertencente à Gerência de Vigilância à Saúde. Tal parceria se deu devido à demanda crescente de pessoas idosas em situação de violência, apontando para uma necessidade de discussão conjunta com o Nuprevi e demais Secretarias sobre o delineamento de uma rede de proteção à pessoa idosa em situação de violência. Nesse sentido, foi imperiosa a minha inserção nessa temática que se materializou com a integração ao Grupo de Trabalho sobre Violências e Acidentes (GTVA) da Semus responsável pela discussão e implementação de ações que envolvam a questão da violência.

No Hucam desde o ano de 1996, exerci minhas funções em variados setores com permanência de cinco anos no de Clínica Médica 4º andar, onde me dediquei ao estudo de lesões para dar conta do grande número de pacientes com patologias dermatológicas, em particular pênfigo, e também cuidados a pacientes idosos que ocupavam um percentual significativo de leitos da clínica. Na oportunidade, desenvolvi pesquisa quanto ao perfil e permanência de idosos internados no setor em parceria com o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes).

Outro setor em que permaneci por longo período foi o Serviço de Urgência do Hucam, onde fiquei por aproximadamente quatro anos. Nesse local observei o grande número de idosos que ocupavam os corredores, em macas estreitas, quase sempre sem acompanhamento de familiares ou de cuidadores, com atendimento por muitas vezes aquém de suas necessidades de saúde.

Assim, ao longo desses 15 anos de profissão e de preceptoria para a graduação de Enfermagem, sempre me inquietou a grande constância de idosos em unidade de internação hospitalar. Questionava-me quanto ao atendimento prestado ao idoso, muitas vezes com enfoque no processo de “acha e conserta”, desvinculado de um olhar ampliado da velhice e do indivíduo que envelhece, do seu papel social e familiar, de a pessoa idosa ser vulnerável a situações que estão presentes em nossa sociedade das quais podemos aqui destacar as violências que atualmente contribuem para a diminuição da qualidade de vida desse segmento populacional.

No entanto, quanto a profissionais, ainda se ignora a possibilidade de existência de situações de violência contra a pessoa idosa. Essas violências podem ocorrer tanto nos domicílios, podendo resultar em internações por motivos diversos, quanto nas dependências das unidades de internação hospitalar. Às vezes são cometidas por familiares e/ou cuidadores, sob os olhos dos profissionais de saúde, e estes não percebem, não valorizam, silenciam-se, contribuindo para a perpetuação da violência.

A partir de então, pus-me a refletir sobre a questão e observei que a mudança de paradigma na atenção ao idoso exige uma revisão teórica e um diagnóstico da realidade existente. Nesse sentido, a academia é um espaço privilegiado para a produção do conhecimento e, portanto, de novas práticas, numa relação dialética de permanente troca e retroalimentação de saberes, para dar conta de um país que envelhece de forma acelerada.

O envelhecimento da população é uma realidade para todas as sociedades, tornando-se ao mesmo tempo uma grande conquista da humanidade e um desafio para o Poder Público, em especial, no cenário brasileiro (CAMARANO; PASINATO, 2004).

No Brasil o processo de envelhecimento populacional não é só heterogêneo, individual ou por grupos, mas também demográfico, com uma expressiva transição na idade e nas condições de vida da população no século XX e início do século XXI. Com isso é necessário nos dar conta dessas mudanças de forma consistente e assim ofertar alternativas de atendimento a essa população que envelhece (FALEIROS, 2008).

Diversamente dos países desenvolvidos, o Brasil não se preparou para atender as demandas dessa crescente parcela da população que atinge o número de 19,07 milhões de idosos, equivalendo, atualmente, a 10,2% da população brasileira; no Estado do Espírito Santo, a proporção de idosos aproxima-se da média nacional (IBGE, 2010).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), essas mudanças na composição populacional causam uma série de consequências econômicas, sociais, culturais e epidemiológicas, exigindo avanços em todas as áreas, principalmente no

setor de assistência social e de saúde, pois um número cada vez maior de pessoas tem apresentado doenças e/ou condições crônicas (OMS, 2005).

Por consequência, temos um número elevado dessa população idosa propensa a necessitar de atendimento que demande uma maior densidade tecnológica. Aliado a isso, tem-se observado uma grande inversão do processo de atendimento à saúde, em que grande parte da atenção aos pacientes, que poderia ser nos ambulatórios dos postos e centros de saúde, ocorre nos hospitais (DESLANDES, 2000).

A discussão a respeito de violência contra essa parcela da população é tímida e isso se deve ao fato de que o interesse pelo fenômeno da violência por parte do setor saúde inicia-se a partir do momento em que se amplia a consciência do valor da vida e de cidadania e a observação da mudança do perfil de morbimortalidade da população (MINAYO; SOUZA, 1999).

Outro fato importante para que o setor saúde se apropriasse da temática da violência foi a própria conceituação ampla de saúde ao deixar de considerar apenas a doença como ameaça e o reconhecimento de que os serviços de saúde recebem os reflexos da violência (MINAYO; SOUZA, 1999).

Constata-se, assim, que as violências e acidentes, considerados causas externas dentro da classificação internacional de doenças (CID-10), constituem-se num problema para a saúde pública. Em 2009, foi a terceira causa de morte na população geral do País, com a proporção de 12,6% das causas de óbito, precedida das doenças do aparelho circulatório (29%) e das neoplasias (15,6%), exigindo discussão sobre o problema e a atuação de forma efetiva (MARANHÃO et al., 2010).

No que diz respeito à violência à pessoa idosa, o Relatório Mundial sobre Violência e saúde (OMS, 2002, p.126) utiliza a definição de abusos de idosos dada pela instituição *Action on Elder Abuse* (Ação sobre Abuso de Idosos) no Reino Unido e adotada pela *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (Rede Internacional para Prevenção do Abuso de Idosos) “O abuso de idosos é um ato simples ou repetido, ou ausência de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, que causa dano ou tensão a uma pessoa idosa”.

Para Minayo (2005), a violência contra o idoso pode se manifestar das seguintes formas: estrutural, aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; interpessoal, nas formas de comunicação e de interação cotidianas; e a institucional, na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo e de discriminação.

A Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001 (BRASIL, 2001), informa que a violência contra idosos se manifesta por categorias e tipologias, a saber: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência, abuso financeiro e a autonegligência. A negligência pode ser conceituada tanto como recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso e pode estar presente tanto em nível doméstico quanto institucional e, por muitas vezes pode levar a comprometimento físico, emocional e social, gerando, em decorrência, aumento dos índices de morbidade e mortalidade.

Os dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) revelam que, no ano de 2004, foram realizadas 108.169 internações de idosos vítimas de lesões e violência e, nesse mesmo ano, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) acusou um total de 14.993 casos de óbito por violências e acidentes, equivalendo a 41 idosos mortos por dia por essas causas (MINAYO, 2005). Para essa autora, tais dados constituem apenas a ponta do *iceberg*, considerando a subnotificação dos casos no País.

Em 2010, no Brasil, os casos de mortes de idosos por causas externas, segundo CID-10, atingiu o número 23.618, aumento de quase 100% em relação ao ano de 2004, ocupando a sétima causa, perfazendo a proporção de 3,4% das causas de óbitos em idosos. No estado do Espírito Santo, foram 584 mortes por causas externas, equivalendo à proporção de 4,8% das causas de óbito em idosos no ano de 2011 (VITÓRIA, 2012a).

Dessa forma, a temática da violência deve ser considerada no processo de trabalho dos profissionais de saúde, pois esses possuem grande importância na identificação, intervenção e prevenção das situações de violência. Muitas vezes a questão da violência, não é percebida pelos profissionais, demonstrando a reprodução, dentro

das instituições de saúde do processo de naturalização da violência existente na sociedade.

Acrescido a isso, evidencia-se a carência de capacitação dos profissionais que atuam em hospitais na área de geriatria e gerontologia, para prestação de uma atenção qualificada ao maior de 60 anos, considerando que o idoso que vive em situação de violência doméstica é frágil e exige um olhar diferenciado pelos profissionais de saúde, devido ao grande risco de evoluir para um estado de perda da autonomia e da independência, conforme aponta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

Um fato importante que se destaca nos serviços hospitalares é o elevado número de atendimento de idosos que passam a ocupar a maior parte dos leitos, o que tende a se tornar uma realidade cada vez mais presente no cotidiano desses serviços (DESLANDES, 2000). Configura-se assim um contrassenso, nos hospitais, a inexistência de uma forma diferenciada para atender à clientela de idosos, bem como de trabalhos específicos para atendimento integral e individualizado à pessoa idosa, que contemple uma visão ampla de saúde considerando seus determinantes.

Este cenário de aumento do atendimento de idosos em unidades de internação hospitalar também é confirmado no Hucam onde se registrou que, no ano de 2011, das 9.469 internações gerais, 2.348 foram desse grupo específico, alcançando 24,8% das internações (VITÓRIA, 2012b).

Nota-se, por meio de observação empírica, a presença dessa parcela da população em boa parte das unidades de internação do Hucam, especialmente no Serviço de Clínica Médica. Observa-se na *práxis* a presença significativa de idosos com condições clínicas e funcionais altamente comprometidas, expressada por dependência física, mental, afetiva e socioeconômica. Tal circunstância, dentre outras, é considerada como fator de risco para a ocorrência de situações de violência contra a pessoa idosa (ARANEDA, 2007), fortalecendo a necessidade e o interesse da realização de estudo nesses setores.

Decorre, então, que a violência contra a pessoa idosa é uma realidade que deve ser considerada pelos profissionais de saúde ao prestar os cuidados a essa clientela. O

objeto desta pesquisa é a violência contra a pessoa idosa que se encontra internada em Unidade de Clínica Médica.

Desenvolver o estudo nessa perspectiva é importante, uma vez que o ambiente hospitalar também é um espaço de cuidados, cujos profissionais devem garantir um atendimento de qualidade e responsivo, de modo que sejam resolutivos a tal ponto que não quebrem a linha do cuidado estabelecida com a participação e responsabilidade de cada ponto de atenção à saúde, garantindo uma assistência integral (GUEDES; CASTRO, 2009), cujas ações sejam pautadas nos princípios da bioética.

Desse modo, urge a necessidade de os profissionais de saúde do Hucam incorporarem a sua prática a concepção de envelhecimento como um processo dinâmico, que requer uma atenção peculiar por parte dos profissionais, que devem estar atentos não somente quanto às causas biológicas que adoecem os idosos, mas também quanto aos aspectos que envolvem as situações de violência, por serem estas uma causa importante de lesões, doenças, isolamento e falta de esperança, requerendo, portanto, um enfoque multidisciplinar (ARANEDA, 2007).

Assim, o desenvolvimento da pesquisa constitui-se de peculiar importância por ser o Hucam um hospital escola, celeiro de formação de diversos profissionais da área de saúde em nível de graduação, pós-graduação e residência. Formação essa que carece, em suas grades curriculares, de disciplinas voltadas para a área de geriatria e gerontologia. Portanto, a realização deste estudo constitui-se em uma excelente oportunidade de sensibilizá-los para a temática.

Além disso, poderá contribuir para a vida profissional tanto do aluno quanto dos profissionais, pois a realização da pesquisa representa um momento ímpar para identificar e compreender um pouco mais sobre a magnitude da problemática da violência contra a pessoa idosa. Apesar de ainda não se ter uma pesquisa de âmbito nacional, estudos focalizados comprovam a gravidade da violência, sendo possível dizer que as agressões e negligências estão presentes e configuram um sério problema social (MINAYO, 2005).

A pesquisa tem por intento a análise da concepção dos profissionais de saúde da Unidade de Clínica Médica sobre violência contra a pessoa idosa, tendo como

pressuposto básico que a prevenção e a identificação de situações de violência possam ser influenciadas pela concepção que possuem da velhice, considerando que “[...] há correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo” (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p. 587).

Então, a principal interrogação desta pesquisa é compreender quais as formas de significado que são tecidas pelos profissionais de saúde sobre a velhice e a violência contra a pessoa idosa.

Considerando a carência de estudos na área de violência e pessoa idosa, principalmente no âmbito hospitalar, no qual os profissionais de saúde devem perseguir uma atenção a essa população de maneira singular e integral, torna-se necessária a realização do estudo em tela para que se possa entender as dimensões da concepção dos profissionais de saúde sobre violência contra a pessoa idosa. Essas dimensões podem ser compostas quanto:

- a) à concepção de velhice pelos profissionais, levando em consideração suas experiências familiares, relações sociais, aspectos culturais, dentre outros;
- b) à concepção dos profissionais com relação ao conceito e aos tipos de violência contra a pessoa idosa, concepção compreendida em termos de opiniões, das diversas vivências e relações sociais;
- c) aos tipos de violência que podem acometer a pessoa idosa no período de internação;
- d) à existência de alguma situação de violência contra a pessoa idosa no período de internação (exercida por familiares, cuidadores, profissionais ou outros);
- e) à atuação em frente a uma situação de violência, considerando suas responsabilidades, implicações e reações diante das situações de violência que podem ocorrer contra a pessoa idosa internada.

Acredita-se que as respostas para essas questões sejam de grande relevância, com repercussões positivas na prática desses profissionais e para a pessoa idosa, possibilitando a construção de alternativas futuras de identificação e prevenção de

violências, propiciando também ao profissional uma compreensão da necessidade de saúde do idoso, mediante seu sistema de referências teóricas, legais e éticas.

O desafio deste estudo é a compreensão da realidade, procurando buscar desenvolver ações simples e consistentes capazes de efetivar a promoção de saúde, prevenção e atuação em frente a situações de violação de direitos da pessoa idosa, tendo a clareza das responsabilidades inerentes à família, às instituições e aos profissionais de saúde no exercício de sua função.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a concepção dos profissionais de saúde da Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário sobre violência contra a pessoa idosa.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever a concepção de velhice dos profissionais de saúde da Unidade de Clínica médica.
- b) Descrever a concepção que os profissionais possuem sobre violência contra a pessoa idosa.

3 QUADRO TEÓRICO

O quadro teórico foi subdividido em dois aspectos: 3.1 Sobre o envelhecimento e a velhice, no qual foram abordados os aspectos demográficos e seus reflexos sobre o sistema de saúde. 3.2 A violência e a pessoa idosa: uma realidade, privilegiando os estudos de Minayo.

3.1 SOBRE O ENVELHECIMENTO E A VELHICE

Um mundo cada vez mais grisalho. (ONU, 2012)

O aumento da longevidade constitui-se numa das maiores conquistas da humanidade, devendo ser celebrado como um triunfo do desenvolvimento e, ao mesmo tempo, pensado como um desafio (ONU, 2012).

O mundo experimentou uma mudança substancial na expectativa de vida ao nascer da população, haja vista que, nos anos de 2010-2015, nas regiões desenvolvidas, a expectativa de vida ao nascer passou a ser de 78 anos e 68 anos nas regiões em desenvolvimento. Estima-se que, nos anos 2045-2050, uma criança ao nascer possa atingir 83 anos nas regiões desenvolvidas e 74 anos naquelas em desenvolvimento (ONU, 2012).

Os idosos estão se tornando, cada vez mais, uma parcela proporcionalmente maior da população total, evidenciando, portanto, um franco processo de envelhecimento populacional.

Esse envelhecimento populacional advém do declínio das taxas de fecundidade e do aumento da longevidade. Em 1950, havia 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo; em 2012, o número de pessoas mais velhas aumentou para quase 810 milhões podendo atingir 1 bilhão em menos de dez anos e com vistas a alcançar, em 2050, a marca de 2 bilhões (ONU, 2012).

No Brasil, o envelhecimento é uma realidade. O aumento no número de anos da população brasileira é uma consequência da alta fecundidade no passado, comparada com a fecundidade de hoje e da redução da mortalidade da população idosa (CAMARANO; PASINATO, 2002). Verifica-se, então, por um lado, que a queda atual da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, atingindo as pessoas idosas uma expressão cada vez maior na população geral, e por outro lado, a redução da mortalidade trouxe como consequência, o aumento no tempo vivido pelos idosos (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Como evidencia Veras (2009, p. 549):

O Brasil hoje é um 'jovem país de cabelos brancos'. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos [...].

A população de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, no Brasil, teve um crescimento considerável, como se pode observar na linha do tempo: antes de 1960, tinha-se três milhões de idosos; em 1975, cerca de 7 milhões; em 2008 aproximadamente 20 milhões de idosos, um aumento de quase 700% (VERAS, 2009).

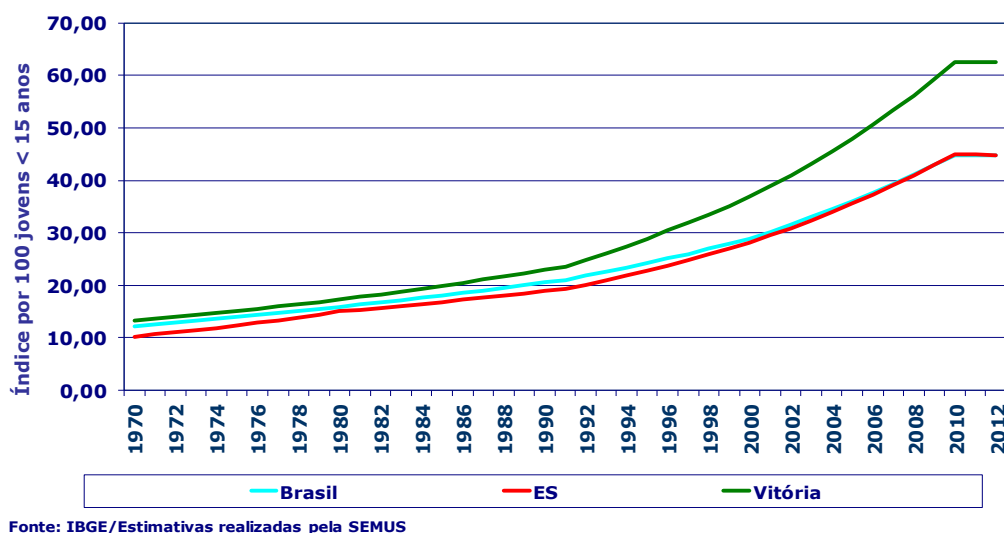
A mudança na estrutura etária da população está diretamente relacionada com a alteração nas relações intergeracionais, podendo ser visualizada, por exemplo, quando se fala em Quociente Idosos-Jovens (QIJ) e em Razão de Dependência (RD) conforme apontam Carvalho e Rodriguez-Wong (2008).

Em relação ao QIJ, esse considera apenas os dois grupos etários extremos, que são os menores de 15 anos e os com 65 anos e mais, os grupos mais afetados pelas mudanças demográficas atuais. Esse quociente é capaz de avaliar a velocidade do processo de envelhecimento de um país, de um estado, de um município, região ou território de saúde num determinado período (CARVALHO; RODRIGUEZ-WONG, 2008).

De acordo com o censo de 2010 (IBGE, 2010), o número de pessoas idosas no Brasil atingiu a marca de 19,07 milhões. Esses dados ficam mais evidentes ao acompanhar a evolução do QIJ, frequentemente conhecido como índice de

envelhecimento, comparando os índices, em nível de Brasil, com os do Estado do Espírito Santo e do município de Vitória nos últimos 40 anos, como pode ser visto a seguir pelas estimativas realizadas pela Semus de Vitória (VITÓRIA, 2013).

Gráfico 1 – Índice de Envelhecimento do Brasil, Espírito Santo e Vitória: 1970 a 2012



Nota-se, frequentemente, que, para o cálculo desse indicador, são consideradas idosas as pessoas de 65 e mais anos de idade. No entanto, para manter a coerência com os demais indicadores e para atender à Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994), utilizou -se o parâmetro de 60 e mais anos, no gráfico acima.

Observa-se também que, com a alteração no perfil demográfico da população acontecendo de forma rápida, o País se encontra, conforme apontam Bloom; Canning e Fink (2009, apud VERAS, 2012), por um curto período, no chamado bônus demográfico, em que a força de trabalho é muito maior do que a população dependente, tornando-se um período propício para o crescimento econômico e social do País.

Para esse mesmo autor, a RD, caracterizada pela relação entre o número de dependentes e de pessoas em idade ativa, encontra-se diminuída desde o ano de 1965, continuando nesses índices de declínio até 2020, quando começará a subir, momento em que teremos uma população cada vez mais madura, constituindo-se num peso extra sobre o sistema.

Nesse cenário demográfico, observam-se, então, duas questões importantes que são a diminuição sustentada do peso relativo, referente à população jovem, e o aumento, ainda que pequeno, da população idosa, exigindo que políticas públicas, particularmente nas áreas de saúde e educação, sejam pensadas para a atual geração de crianças, pois essas constituirão a força de trabalho que suportará as crescentes razões de dependência de idosos:

Não se trata de garantir, apenas, a melhoria da qualidade de vida dessas gerações, mas também o equilíbrio de toda a sociedade. Dependerá das atuais gerações de jovens a garantia, em médio e longo prazos, de uma vida digna às gerações de idosos (CARVALHO; RODRIGUEZ-WONG, 2008, p. 604).

Em decorrência dessa modificação na estrutura etária da população brasileira, os sistemas previdenciários e de saúde experimentarão aumento significativos em suas despesas orçamentárias. Especificamente nesse último, os gastos podem atingir grandes proporções, tornando-se um desafio para esse setor, uma vez que os cuidados em saúde, principalmente os de longo prazo, tenderão a aumentar, por consequência do aumento da proporção dos anos de vida de idosos e do aumento da utilização desses serviços por essa população (VERAS, 2012).

Esse autor alerta que o sistema de saúde brasileiro deverá se organizar com base nos diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento da população idosa e de sua expectativa de vida crescente, pois a magnitude dos gastos em saúde com essa parcela da população dependerá essencialmente, desses anos a mais de vida serem saudáveis ou de enfermidades e dependência.

Para tanto, faz-se necessário que os modelos de saúde vigentes se estruturam de forma a ofertar estruturas inovadoras para a atenção às pessoas idosas, uma vez que o rápido envelhecimento da população modificou o padrão de morbimortalidade, com ênfase nas doenças crônico-degenerativas. Entretanto, para Moraes (2012), esse conceito clássico de doença é reduzido, não se fazendo capaz de englobar determinadas circunstâncias na saúde das pessoas. A terminologia apropriada a ser utilizada é condições crônicas.

Quanto à condição crônica de saúde, preceitua Mendes (2012, p. 31):

Entende-se por condição crônica, as condições de saúde definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou

menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias.

A condição de saúde vai além de doenças por incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez, e os acompanhamentos dos ciclos de vida, como o acompanhamento das crianças (puericultura), o acompanhamento dos adolescentes (hebicultura) e o acompanhamento das pessoas idosas (senicultura), que não são doenças, mas são condições de saúde de responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde. Conclui-se, então, que uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade (MENDES, 2012).

Assim sendo, a assistência à saúde não se confunde com assistência a doenças e, no idoso as condições crônicas se representam, principalmente, por doenças e comorbidades, incapacidades, sintomas frequentes, automedicação, iatrogenia e a própria vulnerabilidade associada ao envelhecimento. Se há uma condição aguda de saúde, essa é resultado, em sua maioria, de uma descompensação das condições crônicas (MORAES, 2012).

Como evidência disso, pode-se citar o evento causas externas que, na população em geral, segundo dados do SIH/SUS de 2010, no conjunto das capitais brasileiras incluindo o Distrito Federal, foram hospitalizados 217.451 pacientes, correspondendo a um montante de R\$ 247,5 milhões dos gastos em internações, com média de seis dias de permanência. Desses pacientes, 16,2% eram idosos, ocupando o terceiro lugar das internações (MASCARENHAS et al., 2010).

No período de 2000 a 2010, por análise de tendência da morbidade hospitalar, observou-se que as causas externas no Brasil foi um dos maiores motivos de internação, destacando-se as lesões causadas por quedas e acidentes de trânsito. As quedas, em especial entre idosos, tiveram maior contribuição para a morbidade hospitalar, e a fratura de fêmur a lesão mais comum, principalmente na faixa etária acima de 70 anos. Os dados demonstram a fundamental importância do direcionamento de ações de prevenção, com ênfase nos cuidadores, mudanças no ambiente domiciliar e asilos (MASCARENHAS et al., 2010).

Informa Veras (2012) que qualquer política social, especificamente a de saúde, deve propiciar a saúde durante toda a vida, com promoção da saúde e prevenção de doenças, com tecnologia de assistência, com cuidados para a reabilitação, com promoção dos modos de vida saudáveis e ambientes propícios, para que assim possam reduzir os níveis de incapacidade associados à velhice, mantendo a capacidade funcional.

Esse mesmo autor também informa que, em relação à capacidade funcional, há de se lembrar que sua redução ocorre em decorrência de doenças crônicas ou de outras ocorrências médicas, ou seja, da dinâmica de isolamento social das pessoas idosas. As discussões apontam que o fenômeno da dependência deve ser entendido como uma condição particular, não sendo equivalente à velhice, podendo ou não estar associado ao processo de envelhecimento.

No sentido de incentivar uma visão positiva do envelhecimento, a OMS elaborou um documento para subsidiar as discussões da Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizada em abril de 2002, em Madri, Espanha, intitulado “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”, com o objetivo de dar informações aos gestores de planos de ação que promovam o envelhecimento ativo e saudável (OMS, 2005).

O envelhecimento ativo está assentado na autonomia e independência e na plena participação da pessoa idosa, contrapondo-se à tradicional associação de envelhecimento à imagem de apatia, decadência, isolamento ou doença.

Depreende-se, então, que uma política de saúde contemporânea para a atenção à pessoa idosa deve ser ampla o suficiente para dar conta da prevenção e do retardamento de doenças e fragilidades, da manutenção da saúde, da independência e da autonomia de uma população que envelhece (VERAS, 2012), considerando a diversidade de fatores determinantes do envelhecimento ativo que envolve indivíduo, famílias e países (OMS, 2005).

3.2 VIOLÊNCIA E A PESSOA IDOSA: UMA REALIDADE

O fenômeno das violências compromete todo o projeto de felicidade humana e a vida perde o lugar de princípio universal, de valor inalienável da condição da existência humana (PEIXOTO, 2007, p. 29).

A história da humanidade é acompanhada pela violência, apresentada ora como manifestação da dinâmica trajetória de uma sociedade e ora como fenômeno específico que se destaca e, ao mesmo tempo, influencia a dinâmica social, constituindo-se num fenômeno sócio-histórico (MINAYO, 2006).

A OMS, no Relatório sobre Violência e Saúde de 2002, considera a violência como um problema de saúde pública que atinge todos os países do planeta. Destaca as contribuições e o compromisso do setor saúde para com o tema. Esse referencial teórico constitui-se de extrema importância para o estudo, uma vez que fornece definição, tipologia, estratégias de intervenção para os gestores e profissionais e também um modelo ecológico que explora a relação entre fatores individuais e contextuais para concluir que a violência é o resultado de vários níveis de influência sobre o comportamento e assim favorecer o entendimento dos determinantes da violência. Conjugados com os estudos de Minayo sobre violência contra a pessoa idosa, esses referenciais subsidiarão a discussão da temática da violência na população idosa brasileira.

Apesar de se fazer presente, a violência não pode ser vista como parte inevitável da condição humana, mas, ao contrário, como evitável, com possibilidade de ser prevenida. Assim sendo, o setor saúde assume uma importância ímpar no processo de prevenção da violência, porque, além de ter a tradição de prevenção, tem a ótica do cuidado como *ethos*, diversamente dos demais setores, por exemplo, a Segurança Pública que possui uma *práxis* focada na repressão de crimes e contravenções (MINAYO, 2006).

A violência para essa mesma autora não é, em si, uma questão de saúde pública, nem um problema médico típico, mas a saúde é fortemente afetada pelas consequências advindas da violência. Assim ao lado das doenças crônicas e degenerativas, abre-se um novo perfil de comprometimento da saúde do indivíduo

causado por violências e acidentes que, no ano de 1990, já despontava com um número elevado de mortes, mais de 1 milhão de óbitos.

Existem várias maneiras de se definir violência, no sentido de facilitar a compreensão e a identificação de situação de violência. A OMS define violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.5).

A utilização na definição de violência do indicativo de intencionalidade refere-se à prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido, estando excluídos os incidentes não intencionais, como a maioria das lesões de trânsito e queimaduras acidentais. O termo poder foi colocado no sentido de incluir aqueles atos que resultam de uma relação de poder, inclusive ameaças e intimidações. Decorre, então, que o uso da força física ou do poder deve ser entendido de forma a incluir a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos de autoabuso (OMS, 2002).

Esse relatório da OMS também faz uma subdivisão da violência em três grandes categorias, na intenção de tomar por referência o autor do ato de violência. As tipologias distinguem-se em **violência autoinfligida** que se subdivide em comportamento suicida e autoabuso; em **violência coletiva**, que se subdivide em violência social, política e econômica; em **violência interpessoal**, dividida em duas subcategorias descritas como violência comunitária, aquela que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco, e que podem se conhecer ou não, geralmente fora de casa, e como violência da família e de parceiro íntimo, ou seja, aquela violência que acontece em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos, normalmente, mas não exclusivamente dentro de casa.

Também é mister salientar que a violência contra idosos é uma manifestação que ocorre independente do nível socioeconômico, como dizem Mascarenhas e outros (2012) e, ainda, não se restringe aos domicílios e/ou a instituições, mas se evidencia na relação do idoso com a sociedade e esta persiste em emitir visões sob a forma de mitos e de estereótipos sobre a velhice que se materializam em caracterizar o velho

como feio, conservador, chato, improdutivo, dentre outros (MENEZES, 2010), perpetuando, de forma silenciosa, a violência contra a pessoa idosa pela sociedade.

A violência contra a pessoa idosa está inclusa na categoria de violência interpessoal, expressa no subgrupo de violência da família, quando se têm abusos contra idosos, e no subgrupo de violência comunitária quando se tem violência institucional. No entanto, a violência autoinfligida manifesta por comportamento suicida do idoso, vem sendo objeto de estudo recentemente, haja vista que, em 2012, no Brasil, foi realizado o Seminário Nacional sobre Suicídio na Pessoa Idosa, com a divulgação de pesquisa nacional sobre o tema, realizada pelo Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves) e Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz).

A forma de violência intitulada interpessoal, segundo Minayo (2005), refere-se à violência intrafamiliar e tem sido enfatizada como a mais frequente nos estudos internacionais. Nos estudos nacionais sua gravidade também é confirmada.

Para Minayo (2005), a violência contra as pessoas idosas precisa ser vista tomando como parâmetro os aspectos demográficos, socioantropológicos e epidemiológicos.

De acordo com essa autora, quanto ao aspecto antropológico e cultural, sabe-se que os ciclos de vida, assim considerados: infância, adolescência, juventude, adultez e velhice, são uma construção social e política, em que a idade cronológica é utilizada como princípio norteador de novos direitos e deveres, do ponto de vista do interesse público. Assim, há atribuição, nos diferentes contextos sociais, para cada ciclo de vida, uma determinada valoração social, ou seja, distribui-se o poder

Em todas as sociedades, mesmo nas mais primitivas, existe um grupo de idade que manda e decide. Na sociedade ocidental são os adultos. Crianças e jovens são considerados seres em preparação para assumir o comando econômico, social e político. Os velhos, implícita ou explicitamente, são convocados a ceder o lugar. Só que, com o aumento da expectativa de vida, tornar-se-ão mais ampliados os intervalos de tempo hoje vigentes: o da infância? O da adolescência e da juventude? O da vida adulta? São temas que o país tem que enfrentar desde já (MINAYO, 2005, p. 4).

Lamentavelmente, faz parte da história um “desinvestimento” político e social na pessoa do idoso e, especificamente no Brasil, as violências contra esse segmento populacional se expressam em tradicionais formas de discriminação, como a atribuição de “descartáveis” e “peso social” (MINAYO, 2003).

Em relação ao parâmetro epidemiológico, o sistema de saúde utiliza, para medir a magnitude das violências no cotidiano da vida, das instituições e do próprio Estado o indicador de causas externas. Esse não se confunde com a conceituação de violência, uma vez que as causas externas constituem uma categoria estabelecida pela OMS para se referir às resultantes das agressões e dos acidentes, traumas e lesões. Essa denominação é utilizada para diferenciar-se das doenças e problemas relacionados com a saúde que são de origem interna; enquanto a violência se refere aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições (MINAYO, 2005).

Apreende-se, então, que a natureza da violência a que a pessoa idosa está sujeita coincide com a violência social que a sociedade brasileira vivencia e produz nas suas relações e introjeta na sua cultura. Como afirma Minayo (2005), as violências contra esse segmento da população podem se manifestar de três formas: a interpessoal, a estrutural e a institucional.

Em relação à violência interpessoal, esta se manifesta nas formas de comunicação e de interação cotidiana, nas relações familiares e intergeracionais, como já descrito.

Quanto à violência estrutural, refere-se a aspectos resultantes da desigualdade social, que se traduzem em situações de miséria, escassez de provimento de alimento e cuidados, apesar de o problema ser muito mais amplo do que o que aflige os mais velhos. Esses são o grupo mais vulnerável, juntamente com as crianças devido a limitações impostas pela idade, por perdas funcionais e, conseqüentemente, por dependências e problemas de saúde tornando-os mais vulneráveis a situações de violência (MINAYO, 2005).

A violência institucional se manifesta pela agressão política, cometida pelo Estado, em nível macrossocial, e de forma particular é reproduzida nas instituições públicas de prestação de serviços e nas instituições de longa permanência de idosos (ILPI), públicas, filantrópicas e privadas. Em relação às instituições públicas de saúde, previdência e assistência social, essas são as que são alvo do maior número de queixa de violação de direitos; quanto às ILPI, a violência se aflora nas relações e formas de tratamento que mantêm com os idosos (MINAYO, 2005).

Insta relatar que, em quase todos os países onde existem instituições de cuidados continuados tais como ILPI, instituições-dia, atenção domiciliar e hospitais, em relação aos idosos, tem sido identificada presença de maus-tratos, e o possível agressor, um membro remunerado da equipe, outro residente, um visitante voluntário, parentes ou amigos (OMS, 2002). Apreende-se, então, que a ocorrência de maus-tratos no espaço físico da instituição é fator de caracterização da violência como institucional independente de quem seja o responsável pelo ato ou pela omissão, não tendo prejuízo na designação da tipologia do abuso exercido.

Para efeito deste estudo dentre as formas de conceituação de violência contra a pessoa idosa, será utilizada a estabelecida pela Rede Internacional para Prevenção do Abuso de Idosos, descrita pela OMS (2002, p.126) como “[...] um ato simples ou repetido, ou ausência de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, que causa dano ou tensão a uma pessoa idosa”.

Os termos maltrato e abuso são utilizados para expressar as distintas formas de violência contra a pessoa idosa. Podem ser vistos em documentos oficiais nacionais e internacionais e em estudos teóricos. Nesta pesquisa essas expressões são consideradas sinônimas e definidas pela tipologia, em consonância com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, BRASIL, 2001) e com os estudos de Souza e Minayo (2010):

Violência física se refere ao uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte ou para compelir o idoso a fazer o que não deseja.

Violência psicológica são agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar o idoso do convívio social.

Violência sexual se refere a atos ou jogos sexuais de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas, visando a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Violência financeira e econômica consiste na exploração imprópria, ilegal ou não, consentida dos bens financeiros e patrimoniais do idoso.

Negligência se refere à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários ao idoso, por parte de responsáveis familiares ou institucionais. Geralmente, as negligências apresentam-se associadas a outros tipos de violência que geram lesões e traumas, sobretudo nos idosos com mais dependências.

Autonegligência diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança por meio da recusa de prover a si mesma de cuidados necessários.

Abandono consiste na ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a um idoso que necessite de proteção.

A OMS (2002), utilizando-se de estudo ecológico, identifica alguns fatores como de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa: fatores individuais, que revelam como agressores os que provavelmente têm mais problemas de saúde mental e de abuso de substâncias, drogas, do que os membros da família ou pessoas que cuidam dos idosos, que não são violentos nem abusadores; fatores relacionais que são resultado da interação de vários fatores, como o estresse, o relacionamento entre a pessoa que cuida e o próprio idoso, a existência de comportamento violento e agressividade por parte da pessoa idosa e a depressão da pessoa que cuida.

Outro fator assinalado como importante por essa organização é o fator comunitário de isolamento social que aparece como significativo para maus-tratos de idosos, tendo como referência que o isolamento pode ser tanto uma causa quanto uma consequência dos maus-tratos. Reconhece-se atualmente que normas culturais e tradições, como discriminação etária, discriminação sexual e uma cultura de violência, também desempenham um importante papel subjacente.

Acrescenta-se a esse cenário o fato de que, com o envelhecimento, há uma diminuição da capacidade adaptativa do indivíduo a situações de estresse, com possibilidade de perdas da autonomia e da independência, constituindo-se como uma situação de vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos (PAPALÉO, 2007).

Essa situação de vulnerabilidade está presente em pessoas idosas que apresentam, por exemplo, dependência física e déficits cognitivos, acarretando sua dependência para a realização das atividades da vida diária. Esse panorama contribui, juntamente com outros fatores, para o surgimento de vários problemas, dentre eles, as situações de violência contra a pessoa idosa, conforme preceitua a Política Nacional Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências de 2001.

Com o objetivo de prevenção da violência e de promoção da saúde da pessoa idosa essa política orienta, especificamente para o âmbito hospitalar, que a assistência aos idosos não seja norteadada pela idade, pois essa se constitui num indicador precário na determinação das características especiais do idoso hospitalizado. Nesse sentido, a capacidade funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento a essa população.

Pesquisa realizada de forma cooperativa entre o Claves/Fiocruz e vários centros de pesquisa em cinco capitais brasileiras evidenciou que os jovens e os idosos são o grupo social que mais demanda atenção especial na prevenção de violência. Estes últimos foram, proporcionalmente, o segmento mais vulnerável e que mais foi internado por causas externas (acidentes de transporte e agressões) em todas as áreas estudadas, exceto no Rio de Janeiro. No entanto, não foi verificado nenhum tipo de atenção diferenciada para essa população (MINAYO; DESLANDES, 2009).

Dados de 2009 informam que as causas externas (acidentes e violência) ocuparam a sexta posição entre os óbitos de idosos no Brasil, totalizando 21.453 mortes, das quais 1.929 foram devido a agressões (homicídios). O risco de morte por homicídio entre idosos foi de 9,9 por 100 mil idosos, e o risco de morte entre homens (19/100 mil) foi sete vezes o das mulheres (2,7/100 mil) na mesma faixa etária (MASCARENHAS et al., 2012).

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências de 2001 alerta, ainda, quanto ao desafio do setor de saúde em relação à questão da violência, pelo fato de o diagnóstico desse evento ser prejudicado pela influência de fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio de enfrentar os desdobramentos posteriores, como os advindos da notificação de violência ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e da comunicação às autoridades policiais e judiciais competentes.

Diante da magnitude da violência contra a pessoa idosa em 2006, torna-se objeto de vigilância epidemiológica tal fenômeno, por meio da implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva). O setor saúde rende-se ao cumprimento da determinação legal, imposta pela Lei nº. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), art. 19 (BRASIL, 2003), que determina a obrigatoriedade de comunicação dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a pessoa idosa às autoridades competentes, pelos profissionais de saúde.

Esse dispositivo legal teve sua redação alterada em 2011, no intuito de acrescentar a obrigatoriedade, em serviços públicos e privados de saúde, de notificação compulsória às autoridades sanitárias locais, para com isso suprir um hiato legal e intensificar o processo de notificação e visibilidade desse fenômeno. A redação vigente pela Lei nº 12.461/2011 (BRASIL, 2011a) estabelece:

Art. 19 Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles.

Mascarenhas e outros (2012) referem que para a OMS, a notificação é uma ferramenta de intervenção contra a violência, logo

[...] a redução da subnotificação bem como a melhoria da qualidade dos registros é essencial para o conhecimento da magnitude das situações de violência vivenciadas pelos idosos, a implementação de medidas preventivas e de apoio às vítimas e a aplicação de modelos mais resolutivos (MASCARENHAS et al., 2012, p. 2339).

Estudo realizado com base nas 3.593 notificações de violência contra idosos nos estabelecimentos notificadores do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no ano 2010, revelaram que os tipos de violências mais presentes foram a violência física (67,7%), a violência psicológica (29,1%) e a negligência (27,8%) e em menor proporção, os casos de violência financeira (7,9%), abuso sexual (3,7%) e tortura (3,3%), com proporção mais elevada de vítima entre os homens (72,1%). Os agressores têm predomínio do sexo masculino (66,4%) e em sua maioria, são filhos (32,2%) (MASCARENHAS et al., 2012).

Destaca-se a importância e a responsabilidade que os profissionais de saúde enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem, médicos, médicos residentes e

assistentes sociais têm na prevenção e identificação de situações de violência contra a pessoa idosa, pelo fato de que exercem atendimento direto e em maior parte do tempo ao indivíduo idoso internado:

Como profissionais de saúde temos enorme responsabilidade na prevenção, diagnóstico e tratamento da violência contra as pessoas idosas. Organizar nossos serviços para atenção a esse grupo etário em todos os níveis, oferecer condutas adequadas através de profissionais preparados e sensibilizados, garantir acesso, acessibilidade, tratar com respeito e dignidade, são condições necessárias para garantia do direito à saúde e condições importantes para que também não sejamos nós os perpetradores de violência contra essas pessoas, que merecem respeito e dedicação (PASCHOAL, 2007, p. 15).

A identificação e a abordagem terapêutica de situações de violência contra a pessoa idosa deve estar presente no cotidiano profissional, pois trata-se de um problema com consequências devastadoras para os idosos e acarreta baixa qualidade de vida, estresse psicológico, falta de segurança, lesões e traumas, bem como o aumento da morbidade e mortalidade, além de comprometer todo o seu projeto de vida de forma digna (OMS, 2005).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para a realização do presente estudo e para melhor compreender o objeto a ser pesquisado, optou-se pela utilização do modelo de investigação de caráter descritivo, com a realização de pesquisa de campo e abordagem qualitativa.

No que se refere a essa abordagem, Minayo (2000) considera que a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois dá conta de um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não se reduzem à manipulação de variáveis.

Nesse sentido, Minayo (2012, p. 626) reconhece que:

[...] uma polaridade complementar entre sujeito e objeto no processo qualitativo de construção científica leva, por sua vez, à necessidade de um esforço metodológico que garanta a objetivação, ou seja, a produção de uma análise o mais possível sistemática e aprofundada e que minimize as incursões do subjetivismo, do achismo e do espontaneísmo.

Decorre, então, que, na pesquisa qualitativa, a produção do conhecimento se efetiva de forma dinâmica, produzido na interação entre o sujeito e o objeto do conhecimento, com um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e (inter) subjetivo dos sujeitos, isentando-se de uma possível construção artificial do pesquisador, pois envolve a observação de situações reais e cotidianas (DESLANDES; ASSIS, 2002).

Assim, utilizando a abordagem qualitativa, é possível compreender a concepção de velhice dos profissionais da Unidade de Clínica Médica/Hucam, levando em consideração seus referenciais teóricos e legais, suas experiências pessoais e familiares, as relações sociais, os aspectos culturais e suas vivências cotidianas.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo é a Unidade de Clínica Médica do Hucam, compreendendo os setores de Clínica Médica 2º e 4º andar.

O Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes localiza-se na região de Maruípe, bairro Santos Dumond, município de Vitória-Espírito Santo, considerado um hospital geral, em sua totalidade inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), ocupando esfera administrativa federal, gestão dupla, atendendo aos níveis de atenção ambulatorial básica, média e de alta complexidade e hospitalar de média e alta complexidade, cuja demanda de atendimento é espontânea e referenciada (Ministério da Saúde, 2012).

O processo de criação do Hucam aconteceu a partir da cessão da área física do Sanatório Getúlio Vargas, destinado à assistência de tuberculosos nas décadas de 30 e 40. A passagem de sanatório para hospital ocorreu de forma gradual, em virtude da implantação do Curso de Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e, em parte, para atender às necessidades surgidas com a reforma universitária em 1968 (LIMA, 2001).

Em 1967, o conjunto hospitalar do Espírito Santo para a assistência de tuberculose é cedido definitivamente para a Ufes, por meio de convênio firmado entre ambas as partes, passando a denominar-se Hospital das Clínicas, com posterior red denominação, em 1981, para “Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes”, em homenagem ao médico Cassiano Antônio Moraes, um dos idealizadores do antigo Sanatório (LIMA, 2001).

O referido hospital possui atendimento do tipo ambulatorial, internação, serviço de atenção domiciliar para doenças transmissíveis e urgência. Para tanto, conta com 280 leitos ativos registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e 1.050 profissionais (Ministério da Saúde, 2012).

Esses leitos estão distribuídos nas especialidades cirúrgicas com um total de 114 leitos, obstétrica com 19, pediátrica com 24, hospital dia – síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) com 10, outras especialidades com 11, Unidade Intermediária Neonatal com 10, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal - tipo II com 12, UTI adulto - tipo II com 8 e especialidade clínica com 102 (Ministério da Saúde, 2012).

Os usuários atendidos no Hucam são, em sua maioria, provenientes da Região Metropolitana de Vitória, entretanto o hospital recebe número significativo de pacientes do interior do Estado do Espírito Santo, parte da Bahia e Minas Gerais.

O Hucam constitui-se como campo de estágio obrigatório para o cumprimento do currículo acadêmico e voluntário para alunos da Universidade Federal do Espírito Santo, nos cursos de graduação, residência em Medicina e multiprofissional.

Os leitos destinados ao atendimento da especialidade clínica estão distribuídos da seguinte forma: pneumologia com 12, nefrourologia com 21, aids com 10, clínica geral com 40, dermatologia com 3, cardiologia com 4, hematologia com 6, neurologia com 6, totalizando 102 leitos (Ministério da Saúde, 2012).

A Unidade de Clínica Médica, compreendendo os setores de Clínica Médica 2º e 4º andar, possui 81 leitos ativos (Ministério da Saúde, 2012) excetuando os leitos de nefrourologia.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

O universo de pesquisa é composto pelos profissionais de saúde enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, médicos, médicos residentes e assistentes sociais que exercem suas atividades laborais na Unidade de Clínica Médica do Hucam.

A escolha de tal universo levou em consideração o fato de esses profissionais serem os que exercem, no desenvolvimento de suas atividades, contato direto e mais constante com as pessoas idosas internadas, portanto estão mais propensos a se depararem com as situações de violência ao idoso, grupo social alvo da investigação.

O referido grupo é composto por 8 enfermeiros, 56 auxiliares e técnicos de enfermagem, 29 médicos, 22 médicos residentes de clínica médica, 4 de reumatologia, 4 de cardiologia, 4 gastroenterologia, 5 de infectologia e 06 assistentes sociais, totalizando 138 profissionais de saúde, conforme dados do setor

de Controladoria do Hucam (Ufes, 2012), distribuídos em turnos diurno e noturno de trabalho.

Faz-se necessário informar que o corpo de profissionais médicos possui uma particularidade importante, pois alberga um número de 29 profissionais médicos dos quais se pode considerar que 16 profissionais são flutuantes, devido ao fato de estarem lotados nos ambulatorios de especialidades médicas do Hucam e realizarem uma a duas visitas semanais para discussão de casos clínicos na Unidade de Clínica Médica, contribuindo, assim, para a condução clínica do caso, mas não exercendo o contato direto com o paciente internado.

Quanto aos médicos residentes, é importante também informar que eles possuem, como dinâmica de aprendizado, o sistema de rodízio nos diversos setores do Hucam ou em outros hospitais da Região Metropolitana de Vitória/ES, não estando, necessariamente, todo esse contingente na Unidade de Clínica Médica.

Para a compreensão desse grupo social, bem como da diversidade na sua formação, os profissionais de saúde foram incluídos no estudo com base nos seguintes critérios cumulativamente:

1. Profissionais da instituição:

- a) pertencimento ao quadro funcional do Hucam seja por vínculo estatutário ou celetista (modalidade de terceirização de serviços) ou cedidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, Prefeitura Municipal de Vitória;
- b) atuação na instituição por um período igual ou superior a três meses.

2. Médicos residentes:

- a) estão regularmente matriculados no Programa de Residência Médica do Hucam;
- b) cursam residência em clínica médica, reumatologia, gastroenterologia, cardiologia ou infectologia;
- c) atuam na instituição por um período igual ou superior a três meses.

Foram excluídos da participação no estudo os profissionais que, no momento da coleta de dados, incorreram em algum dos critérios abaixo relacionados:

- a) estavam em período de gozo de folgas, férias, licença médica ou qualquer outro tipo de licença;
- b) estavam desempenhando suas atividades em outro setor do Hucam ou em outro órgão da esfera pública federal, estadual ou municipal;
- c) estavam desligados do Hucam por término, desistência da residência médica ou por rompimento do vínculo de trabalho.

Em relação aos médicos residentes, é importante observar que estes são considerados profissionais individuais, sem vínculo empregatício com a instituição de ensino responsável pelo Programa de Residência Médica, em decorrência do disposto na Lei nº 12.514, de 28 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, são considerados profissionais de saúde, inscritos no Conselho de classe, que, na condição de residentes, mantêm relação com a instituição de ensino por meio de curso de pós-graduação, modalidade de residência médica, como estabelece a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981 (BRASIL, 1981)

A composição da amostra ocorreu da seguinte forma:

Em relação ao universo dos sujeitos considerados para preenchimento do questionário, referente à **primeira fase** de coleta de dados para a pesquisa, esse foi composto pelo total de profissionais distribuídos nas cinco categorias profissionais, perfazendo 138 sujeitos.

Desses, aplicando os critérios de inclusão e de exclusão para seleção da amostra obteve-se um quantitativo de 6 enfermeiras, 48 auxiliares e técnicos de Enfermagem, 13 médicos, 10 médicos residentes de clínica médica, 2 de reumatologia, 2 de cardiologia e de 2 gastroenterologia, 2 de infectologia e 6 assistentes sociais, totalizando 91 profissionais de saúde que receberam os questionários. Retornaram 64 questionários constituindo a amostra da primeira fase da pesquisa.

Quanto à composição da amostra para a **segunda fase** da pesquisa, esta teve como universo os 64 profissionais de saúde que preencheram os questionários da primeira

fase da pesquisa. Utilizando os mesmos critérios de inclusão e exclusão da primeira fase do estudo, obteve-se 61 sujeitos.

Foram distribuídos, portanto, 61 questionários, dos quais retornaram 53 representando a amostra da segunda fase da pesquisa. Para melhor compreensão dos sujeitos da pesquisa, tem-se a formulação do quadro 1 com o demonstrativo de profissionais que participaram nas primeira e segunda fase da pesquisa.

Quadro 1 – Demonstrativo de profissionais e de questionários aplicados nas primeira e segunda fase do estudo

Categoria profissional	Primeira fase do estudo		Segunda fase do estudo	
	Questionários distribuídos	Questionários respondidos	Questionários distribuídos	Questionários respondidos
Enfermeiros	6	5	5	3
Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	48	42	42	37
Médicos	13	6	4	4
Médicos residentes	18	8	8	7
Assistentes sociais	6	3	2	2

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem-PPGENF/UFES. 2013

4.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Foram utilizados, para a coleta dos dados, dois instrumentos que se materializaram em um questionário sobre a concepção de velhice (APÊNDICE A) e um outro questionário abordando a temática da violência contra a pessoa idosa (APÊNDICE B), ambos foram respondidos por escrito pelos sujeitos.

O instrumento da primeira fase do estudo constou de questões fechadas e abertas. As perguntas fechadas buscaram-se dados referentes às características socioeconômicas dos profissionais de saúde. As questões abertas levantaram as concepções, percepções e experiências relacionadas com a velhice, a convivência com idosos e o conhecimento teórico-prático para prestar assistência à pessoa idosa.

O questionário da segunda fase da pesquisa foi composto por perguntas abertas e fechadas sobre o que o profissional entende por violência contra a pessoa idosa, a tipologia, a visão geral sobre violência contra o idoso e a atuação do profissional de saúde em frente a uma situação de violência.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados desenvolveu-se em dois momentos. O primeiro, realizado no período de 13 de março a 1º de abril de 2013, consistiu em responder, por parte dos sujeitos do estudo, a um questionário contendo perguntas fechadas e abertas sobre a concepção de velhice e posterior depósito do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em uma das urnas lacradas localizadas nos setores de desenvolvimento da pesquisa.

O segundo momento ocorreu no período de 21 de agosto a 4 de setembro de 2013, com utilização de questionário com perguntas abertas e fechadas, abordando aspectos gerais sobre violência contra a pessoa idosa e atuação do profissional de saúde diante da situação de violência contra o idoso.

4.5.1 Aproximação e encontro com os profissionais

A partir de dados secundários de identificação, escala de trabalho, setor de exercício de atividades laborais e de ensino dos profissionais, fornecidos pela instituição, fez-se contato pessoal com a Coordenação de Enfermagem e enfermeiros responsáveis pelos setores de Clínica Médica 2º e 4º andar.

Esse contato inicial teve como objetivo informá-los quanto ao início da pesquisa, esclarecendo o objeto de estudo, as fases de desenvolvimento e procurando sensibilizá-los a respeito da temática. Tal atitude foi reconhecida por esses sujeitos como relevante e inovadora, pois, dessa forma, eles estariam a par de todo o processo de coleta de dados para a pesquisa.

Um aspecto positivo e que surpreendeu a pesquisadora foi a disponibilidade de alguns desses responsáveis pelos setores em ajudar no encorajamento dos profissionais para participar da pesquisa e também alertando quanto ao prazo de coleta dos dados.

Realizada essa primeira aproximação, iniciou-se a coleta de dados referente à primeira fase da pesquisa.

Para a construção da primeira etapa do estudo, foram reproduzidos 91 questionários, correspondendo ao número de profissionais de saúde da Clínica Médica 2 e 4º andar, acrescido de mais cinco instrumentos, correspondente ao percentual de 5% para eventuais reposições.

Foram entregues pela pesquisadora, pessoalmente, a cada profissional, envelopes individualizados com identificação específica, a título de preservação de sua identidade, fazendo parte do conteúdo do envelope um questionário, acompanhado de uma folha de rosto de apresentação da pesquisa, destinada ao profissional de saúde, contendo os objetivos da pesquisa, a solicitação de colaboração voluntária e instruções sobre o preenchimento do instrumento e ainda dois TCLE (APÊNDICE C). Um desses para ficar de posse do entrevistado.

Nesse momento, foram feitos esclarecimentos quanto ao objeto de estudo, o processo de coleta de dados, a importância da pesquisa e a participação dos profissionais. Eles foram informados de que, após ser preenchido o questionário juntamente com o TCLE assinado, poderiam ser depositados em uma das duas urnas lacradas que estariam localizadas nos setores de Clínica Médica 2º e 4º andar, no período de 15 dias, a contar da data de início da coleta de dados.

Os questionários foram autopreenchidos pelos profissionais sem a presença da pesquisadora e sem necessidade de identificação do respondente, de forma que cada profissional pudesse responder individualmente.

Durante o período de aproximadamente duas semanas, a pesquisadora compareceu aos setores para a entrega dos instrumentos e, a cada dois dias, procedia à abertura das urnas para recolher os instrumentos preenchidos.

Em decorrência disso, teve-se a oportunidade de presenciar a satisfação dos profissionais em participar da pesquisa e o pesar de outros por não estarem incluídos como sujeitos. Também se pode ainda observar o incômodo por parte de alguns profissionais da utilização, em uma das perguntas abertas, da nomenclatura “velho”.

Acredita-se que o interesse de alguns dos profissionais em participar do estudo deu-se em função de a pesquisadora desenvolver suas atividades no cenário da pesquisa como enfermeira plantonista, o que se constituiu em um ponto positivo para a participação na investigação.

Essa aproximação dos profissionais com a abordagem da velhice, antecedendo à específica de violência contra a pessoa idosa, teve como objetivo despertar nesses sujeitos o interesse para o público idoso, e assim, quando estivessem participando do segundo momento da pesquisa já estariam mais sensíveis à questão do idoso e, conseqüentemente, à da violência contra a pessoa idosa.

Dos 91 questionários distribuídos, retornaram 64 preenchidos, obtendo-se um retorno equivalente a 70,3%.

Para a segunda fase da pesquisa, foram reproduzidos 61 questionários correspondendo ao número de profissionais, acrescido de mais quatro instrumentos para eventuais perdas ou rasuras de questionários.

Foram entregues pela pesquisadora 61 instrumentos, compostos por um questionário e por uma carta explicando todo o procedimento, inclusive informando que o TCLE assinado na primeira fase da pesquisa incluía a anuência para a participação na fase subjacente, mas esclarecendo que seu consentimento poderia ser retirado a qualquer tempo.

Por um período de aproximadamente 15 dias, os profissionais preencheram os questionários, sem a presença da pesquisadora, e os depositaram em urnas lacradas que se encontravam nos setores pesquisados.

Findado o período acima descrito, dos 61 questionários distribuídos, retornaram 53 preenchidos, equivalendo a 86,8%.

O método qualitativo se mostrou importante, visto que o estudo não objetiva caracterizar somente o perfil dos sujeitos, mas conhecer a singularidade de cada caso diante da velhice e da violência contra a pessoa idosa. Foi potencializada para a análise e interpretação dos dados a experiência profissional da pesquisadora em relação à realidade estudada.

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta os dados, os participantes foram caracterizados por meio de operações estatísticas simples e, posteriormente, os dados qualitativos foram organizados e interpretados, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, tendo como referencial teórico Bardin (2009) e Minayo (2008).

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo manifesta-se pelo conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos para descrever o conteúdo das mensagens.

Dentre as várias modalidades de análise de conteúdo, utilizar-se-á a do tipo análise temática, considerada como mais ampla e apropriada para as pesquisas qualitativas em saúde (MINAYO, 2008).

A modalidade análise temática “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico” (MINAYO, 2008, p. 316).

Para Minayo (2008), essa análise se materializa em três etapas sequenciais, a saber:

1. A etapa de pré-análise em que se faz a escolha de documentos que serão analisados e retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais, possibilitando a

determinação da unidade de registro, da unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos gerais que orientarão a análise.

Nesta etapa, foram ordenados todos os questionários respondidos, que totalizaram 61 instrumentos referentes à primeira fase da pesquisa e 53 à segunda etapa do estudo, procedendo-se à digitação dos dados em planilhas específicas, de acordo com os tipos de profissionais e releitura de todo o material para alcançar a próxima etapa.

2. Na etapa de exploração do material, tem-se a realização de uma operação classificatória com o objetivo de alcançar a compreensão do texto, estabelecendo categorias em função das quais o conteúdo das falas foram organizados.

De posse das respostas obtidas na primeira e na segunda fase da pesquisa, procedeu-se a uma leitura flutuante do material para apreender as ideias centrais no objetivo de aprofundamento das mensagens e realizar inferências. Assim, cada resposta foi recortada e referenciada conforme os tópicos de informação.

Em seguida, a partir do embasamento teórico, foi realizada a clarificação por temas mais relevantes, no intuito de se constituírem as categorias. A partir das categorias identificadas, foi possível clarificá-las e agrupá-las em categorias maiores, que resultaram na construção de quatro categorias de análise sobre velhice (APÊNDICE D) e violência (APÊNDICE E), respectivamente, no intuito de descrever e, com a análise desvendar o conteúdo subjacente ao que está manifesto (MINAYO et al., 2000).

Acerca da interpretação do discurso dos sujeitos da pesquisa, foram formadas as seguintes categorias de análise com base nos dados coletados na primeira fase do estudo: velhice na dimensão biológica, velhice na dimensão cronológica, velhice na dimensão psicológica, velhice na dimensão social.

Em relação à segunda etapa da pesquisa, as categorias foram definidas antecipadamente. Para Minayo e outros (2000, p. 70), “[...] as categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a

partir da coleta de dados”. Nesse sentido, foram estabelecidas a *priori*, as seguintes categorias gerais:

- a) a violência percebida contra a pessoa idosa;
- b) a identificação de sinais de violência no primeiro contato com a pessoa idosa;
- c) a violência no espaço de cuidado;
- d) as estratégias de atuação diante das situações de violência contra a pessoa idosa.

As categorias acima, por serem estabelecidas antes do trabalho de campo, possuem conceitos mais gerais e mais abstratos. No entanto, essas categorias foram redimensionadas a partir das falas dos sujeitos da pesquisa (MINAYO et al., 2000) e foram estabelecidas três categorias de análise: a violência percebida contra a pessoa idosa, a violência no espaço de cuidado hospitalar, as estratégias em frente a situações de violência contra a pessoa idosa.

Com o objetivo de garantir o anonimato dos pesquisados, nos fragmentos das entrevistas, foram utilizados nomes de instrumentos musicais de orquestra classificados em instrumentos de madeira (flauta), de metal (trompa), de percussão (sinos), de cordas (violino), outros (piano e harpa), seguidos dos respectivos números correspondentes à sequência das entrevistas.

A escolha dessa representação deriva do fato de se acreditar que, como instrumentos musicais de uma orquestra, as diversas categorias profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, possuem funções específicas e importantes que devem ser desempenhadas de forma harmônica, a fim de proporcionar ao indivíduo que depende de seus cuidados uma assistência à saúde digna.

Para tanto, foram aplicados os questionários com os já referidos sujeitos que compuseram a amostra, representados da seguinte forma:

- a) flauta – profissional enfermeiro;
- b) piano – profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem;

- c) violino – profissionais médicos;
- d) trompa – profissional médico residente;
- e) sino – profissional assistente social.

3. A etapa de tratamento dos resultados obtidos e a interpretação consiste na última fase da análise, momento em que o analista propõe inferências, realiza interpretações, inter-relacionando-as com o referencial teórico desenhado inicialmente, ou até mesmo com novas dimensões teóricas.

Dessa forma trabalhou-se com a classificação por categorias, o que significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso (MINAYO et al., 2000).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi autorizado pela chefia de Divisão de Clínica Médica do Hucam (ANEXO A) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Ufes, por meio do *site* plataforma Brasil, com parecer de aprovação para a realização da pesquisa sob o nº 202.723 (ANEXO B), com relatoria em 20-02-2013 e Parecer nº 319.636 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (ANEXO C).

O TCLE utilizado compreende a participação do sujeito no primeiro e no segundo momento da pesquisa, contendo informações quanto ao objeto de estudo e à forma de coleta de dados. O aceite da participação foi validado pela assinatura do profissional, podendo tal aceite ser retirado em qualquer momento da pesquisa, obedecendo ao contido na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4.8 PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO ELABORADO A PARTIR DOS RESULTADOS

Foram elaborados dois manuscritos a partir dos resultados deste estudo. O primeiro deles, intitulado “Concepção de velhice: um estudo qualitativo com profissionais de

saúde de um Hospital Universitário”, será submetido à Revista Ciência, Cuidado e Saúde, na qualidade de artigo de pesquisa original. Importante destacar que apesar de ter sido realizada a pesquisa com uma amostra de 64 profissionais de saúde, optou-se em utilizar, para a construção do artigo, apenas os dados referentes aos 22 profissionais de saúde enfermeiros, médicos, médicos residentes e assistentes sociais.

O segundo manuscrito intitulado Violência contra a pessoa idosa no espaço de cuidado: percepção dos profissionais de saúde de um hospital universitário será submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem, na modalidade de artigo de pesquisa original.

A apresentação dos resultados em forma de manuscritos atende às Normas de Apresentação para Teses e Dissertações da Ufes. Para posterior submissão do manuscrito às revistas citadas, estes estão formatados de acordo com as instruções aos autores fornecidas pelas Revista Ciência, Cuidado e Saúde e pela Revista Latino-Americana de Enfermagem.

A partir dos resultados da segunda fase da pesquisa constataram-se as limitações que os profissionais de saúde têm na identificação e condução das situações de violência contra a pessoa idosa, ficando evidente a necessidade de capacitação desses profissionais na temática da violência contra o idoso.

Dessa forma, foi realizada, como produto deste estudo, uma proposta de capacitação em violência contra a pessoa idosa para profissionais de saúde que trabalham no Hucam.

5 ARTIGOS

5.1 ARTIGO 1: CONCEPÇÃO DE VELHICE: UM ESTUDO QUALITATIVO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CONCEPÇÃO DE VELHICE: UM ESTUDO QUALITATIVO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

RESUMO

O envelhecimento é uma temática ainda pouco abordada no serviço hospitalar, ensejando a necessidade de reflexões a cerca do assunto. Neste estudo buscou-se analisar a concepção de velhice dos profissionais de saúde de um Hospital Universitário do Município de Vitória-ES. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, tendo como sujeitos 22 profissionais de saúde: enfermeiros, médicos, médicos residentes e assistentes sociais. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2013, por meio de um questionário e analisados pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin e Minayo. A análise desses permitiu a construção de quatro categorias: Velhice nas dimensões: biológica; cronológica; psicológica e social. Constatou-se que a concepção de velhice dos profissionais de saúde independe da idade cronológica sendo norteadas por fatores como dependência, capacidade funcional e de como o idoso vê a sua condição de velhice, bem como, seus familiares apoiam, cuidam e participam da saúde do idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Idoso. Pessoal de saúde. Enfermagem

ABSTRACT

Aging is a theme still little addressed in the hospital service, requiring for thinking reflections on the subject. This study aimed to examine the conception of old age by health professionals at a University Hospital in the city of Vitória-ES. This is an exploratory, descriptive, qualitative approach, using as subjects 22 health professionals: nurses, physicians, resident physicians and social workers. Data were collected in the period from March to April 2013, using a questionnaire and analyzed using content analysis proposed by Bardin and Minayo. The analysis allowed the construction of the four categories: Old age dimensions: biological, chronological, psychological and social. It was found that the concept of old age by health professionals independent of chronological age being guided by factors such as dependency, functional capacity and how the elderly see their condition as old age, as well as support their families, and participate in the health care of the elderly.

KEYWORDS: Aging. Aged. Health personnel. Nursing.

RESUMEN

El envejecimiento es un tema aún poco abordado en el servicio hospitalario, lo que implica la necesidad de pensar en el tema. Este estudio tuvo como objetivo examinar el concepción de profesionales de la salud de vejez en un hospital universitario en la ciudad de Vitória-ES. Es un estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo, utilizando como sujetos 22 profesionales de la salud: enfermeras, médicos, médicos residentes y trabajadores sociales. Los datos fueron recolectados en el período de marzo a abril de 2013, mediante un cuestionario y analizados mediante análisis de contenido propuesto por Bardin y Minayo. El análisis permitió la construcción de estas cuatro categorías: las dimensiones de vejez: biológica, cronológica, psicológica y social. Se encontró que el concepto de vejez de los profesionales de la salud independiente de la edad cronológica siendo guiado por factores tal como la dependencia, la capacidad funcional y de cómo las personas ven condición de vejez, así como a sus familias, apoiam, atendem y participam en la salud de las personas mayores.

PALABRAS-CLAVE: Envejecimiento. Anciano. Personal de salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional não é só heterogêneo, individual ou por grupos, mas também demográfico, com uma expressiva transição na idade e nas condições de vida da população no século XX e início do século XXI. Diferentemente dos países desenvolvidos, o país não se preparou para atender as demandas dessa crescente parcela da população que atinge o número de 19,07 milhões de idosos equivalendo, atualmente, a 10,2% da população brasileira; no estado do Espírito Santo a proporção de idosos aproxima-se da média nacional⁽¹⁾.

De acordo com dados do Ministério da Saúde⁽²⁾ essas mudanças na composição populacional causam uma série de consequências econômicas, sociais, culturais e epidemiológicas, exigindo avanços em todas as áreas, principalmente no setor de assistência social e de saúde, pois um número cada vez maior de pessoas tem apresentado doenças e/ou condições crônicas⁽³⁾.

Por consequência, registra-se um número elevado dessa população idosa propensa a necessitar de atendimento que demande uma maior densidade tecnológica. Aliado a isso, tem se observado que a hospitalização de idosos é freqüente, de longa duração e de alto custo⁽⁴⁾, causada, em sua maioria por problemas de saúde que poderiam ser prevenidos ou gerenciados pela Atenção Básica de Saúde.

Neste sentido torna-se necessário que os profissionais de saúde de serviços hospitalares também se apropriem da temática do envelhecimento e da velhice, pois essa inexoravelmente, é um processo biológico, no entanto entendê-la apenas por essa perspectiva significa reduzir a questão e não analisá-la em sua totalidade e complexidade⁽⁵⁾.

O envelhecimento enseja aspectos biológicos, cronológicos, psicológicos, espirituais, pessoais, culturais dentre outros que irão influenciar tanto na conceituação da velhice quanto na categorização de indivíduo como velho ou não. Para tanto neste estudo, objetivou-se

analisar a concepção de velhice dos profissionais de saúde que trabalham no ambiente hospitalar, uma vez que esse conhecimento servirá como subsídio para a identificação de limitações individuais e coletivas que facilitam ou dificultam a implementação efetiva do acompanhamento em saúde da pessoa idosa dentro da instituição hospitalar.

MÉTODOS

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, cujo cenário foi a Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário no Município de Vitória, Espírito Santo. Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram pertencer ao quadro funcional do hospital seja por vínculo estatutário, celetista ou cedido pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Prefeitura Municipal de Vitória, bem como, os médicos residentes deveriam estar regularmente matriculados nas residências, atuantes na Unidade de Clínica Médica e ainda com atuação na instituição por um período igual ou superior a três meses. Foram excluídos os profissionais que no momento da coleta de dados incorreram nos seguintes critérios: estavam em período de gozo de folgas, férias, de licença médica ou qualquer outro tipo de licença ou desligamento do Hospital seja por término ou desistência da residência médica ou por rompimento do vínculo de trabalho.

Atendendo aos critérios acima descritos, foram distribuídos 43 questionários, no período de 13 de março a 1º de abril de 2013 contendo perguntas fechadas e abertas sobre dados de identificação e concepção de velhice, com posterior depósito do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, de acordo com a Resolução 196/96, em uma das urnas lacradas localizadas no setor de desenvolvimento da pesquisa.

Dos questionários distribuídos, retornaram 22 preenchidos. Na intenção de garantir o anonimato dos participantes, eles foram identificados com nomes de instrumentos musicais de orquestra representados das seguintes formas: flauta (enfermeiros), violino (médicos), trompa (médicos residentes) e sino (assistentes sociais).

Todo o material produzido foi submetido à técnica de “Análise de Conteúdo”, conforme proposto por Bardin⁽⁶⁾, para quem tal análise consta de uma ferramenta para a compreensão da construção de significados que os atores sociais exteriorizam. Dessa forma, realizou-se a classificação por categorias que significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de possibilitar ao analista a proposição de inferências, interpretações, inter-relacionando-as com o referencial teórico desenhado inicialmente, ou até mesmo de novas dimensões teóricas⁽⁷⁾.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, com parecer para a realização da pesquisa sob o número 202.723.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

APRESENTANDO OS SUJEITOS

Participaram deste estudo 22 profissionais de saúde sendo 5 enfermeiros, 14 médicos, dos quais 8 são residentes, e 3 assistentes sociais. Quanto ao sexo, a amostra foi composta por 18 mulheres e 4 homens. A presença majoritária de sujeitos do sexo feminino guarda equivalência com o perfil encontrado em estudo realizado sobre estereótipos do idoso em profissionais que trabalham com terceira idade⁽⁸⁾. A idade variou de 24 a 56 anos, com predomínio de 1 a 4 anos de atividade profissional na Clínica Médica.

Constata-se que 16 profissionais afirmaram conviver com idosos, alcançando o percentual de 72,7%, superior ao encontrado no estudo de Neves⁽⁸⁾ que obteve percentual de 59,6%. Quanto ao tipo de parentesco dos conviventes idosos, nota-se que em sua maioria, são pai e/ou mãe. Em relação à existência de dependência do idoso de seu convívio, 12 profissionais afirmam que os idosos não possuem dependência e somente 2 profissionais informam que possuem conviventes idosos com dependência física.

CONCEPÇÕES SOBRE A VELHICE

Sabe-se que a velhice se estabelece em várias dimensões, porém a abordagem neste estudo alcançara apenas as dimensões biológicas, cronológicas, psicológicas e sociais não esgotando as existentes na literatura sobre o assunto.

a) A dimensão biológica da velhice

Durante a análise dos dados, observou-se que 11 dos profissionais, ao responderem a pergunta sobre o que é velhice, manifestaram que a velhice apresenta questões biológicas, dentre as quais se associa à velhice a ideia de processo natural do ser humano.

Velhice é um acontecimento natural e evolutivo, onde o corpo humano perde algumas de suas funções, seja cognitiva ou física [...] (Violino 93).

A concepção de velhice apresentada pelos profissionais, vai ao encontro do estabelecido nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em que “[...] não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias”^(2:6).

Alguns profissionais relacionaram velhice também à presença de dependência, perdas ou diminuição da capacidade funcional da pessoa idosa

A primeira ideia que vem à minha mente quando ouço esta palavra, é que velhice seja uma pessoa com algum grau de dependência (idoso, claro, maior de 60 anos) física (Trompa 65).

Velhice seria a ausência da capacidade da pessoa idosa em exercer as suas atividades com independência, relacionado ao déficit motor e cognitivo (Flauta 60).

Os registros dos profissionais encontram similaridade com a concepção de velhice manifestada num estudo realizado sobre o significado da velhice e do envelhecer para idosos, que concluiu que a velhice e o processo de envelhecer, para os idosos, significam a perda da capacidade funcional, da autonomia e da independência⁽⁹⁾.

Nesse sentido, à medida que o indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter a autonomia e a independência, que são

assim definidas: “[...] autonomia – capacidade de auto-governo e se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões. Independência – ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa. Dependência – não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa”^(10:39-40).

Observa-se que a preocupação com a autonomia e a independência comparece fortemente nos registros dos profissionais, informando que a necessidade de ser o idoso cuidado por outras pessoas configura um marcador para essa fase da vida:

Estágio da vida de uma pessoa em que esta se encontra dependente de cuidados de outra pessoa. Para mim não tem relação com idade exclusivamente (Trompa 80).

Velhice seria a ausência da capacidade da pessoa idosa em exercer as suas atividades com independência, relacionado ao déficit motor e cognitivo (Flauta 60).

Portanto reconhece-se que o bem-estar funcional, independente da idade cronológica é de extrema importância para a pessoa idosa. A presença desse marcador foi mais evidenciada nos profissionais de saúde enfermeiros e médicos residentes e, possivelmente, nos primeiros seja pelo fato de sua profissão ter como objeto de trabalho o cuidado.

Assim, cabe destacar que o bem-estar funcional deve ser objeto de intervenção do profissional de saúde, que esse deve reconhecer que a prevalência de incapacidades aumenta com a idade, mas a idade, isoladamente, não prediz a incapacidade, como da mesma forma a incapacidade funcional e as limitações, sejam elas físicas, cognitivas ou sensoriais não são consequências inevitáveis do envelhecimento⁽²⁾.

Desta forma tal concepção pode ocasionar um risco do idoso ser considerado por profissionais de saúde ou até mesmo por familiares como dependente, por apresentar algum problema referente à saúde. Por si só, essa denominação pode contribuir para que a pessoa idosa acabe por adotar o autoconceito de doente.

b) A dimensão cronológica da velhice

A delimitação temporal em anos de vida, indicando se um indivíduo é ou não uma pessoa idosa, desde o ano de 1982, é preconizada pela Organização das Nações Unidas, em

que estabelece como idoso a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, para os países desenvolvidos, e 60 anos e mais para os países em desenvolvimento⁽¹¹⁾. Esse recorte diferenciado leva em consideração a diversidade da realidade de condições de vida, de saúde, socioeconômicas e culturais existente nas diferentes regiões do planeta que influenciam na expectativa de vida ao nascer e na qualidade de vida dos seus cidadãos.

Tendo em vista as diferentes interpretações sobre quando se começa a considerar uma pessoa como velha, no Brasil, utiliza-se o referencial de 60 anos e mais para estabelecer um cidadão como idoso, sendo reconhecido pelo manto legal da Política Nacional do Idoso em seu art. 2º no ano de 1994 e reafirmado pelo art. 1º do Estatuto do Idoso, em 2003. Tal designação é reconhecida nos registros dos profissionais, quando perguntados sobre a idade em que a pessoa é considerada velha:

A idade cronológica para fins de classificação é de 60 anos em países em desenvolvimento, mas tem que levar em consideração aspectos sociais, biológicos e psicológicos (Violino 90).

A velhice abrange aspectos sociais, comportamentais, biológicos que envolvem restrição no desenvolvimento de papéis sociais e que se relaciona com fatores econômicos, culturais e biológicos, sendo, portanto de difícil definição numa lógica matemática (Sino 119).

O limite de idade é uma decisão quase sempre estabelecida pelo Estado quando normatiza sobre aposentadorias, pensões e concessão de benefícios, ou por organizações internacionais que estabelecem comparações de indicadores de desenvolvimento⁽¹²⁾. Entretanto, para o exercício de alguns direitos, como concessão de benefício de prestação continuada e gratuidade em transportes urbanos no Brasil, é adotada a idade de 65 anos.

Nas sociedades contemporâneas, os mecanismos de controle têm como base a idade cronológica, tornando-se cada vez mais um marcador relevante. No entanto, ressalta-se que a idade não deve ser utilizado de forma isolada para compreender a velhice, pois essa é antes de tudo, um processo contínuo de reconstrução não podendo atribuir ao avanço da idade a marca das etapas mais significativas da vida⁽¹²⁾. Essa concepção também é percebida nos registros dos profissionais que referem o fator idade, mas sempre conjugando-o com outros fatores

presentes no processo de envelhecimento, evidenciando que a idade apenas se constitui como indicador para fins de políticas públicas:

Acredito que o recorte etário do envelhecimento é um tanto reducionista, desconsiderando questões fundamentais desse processo. No entanto, para fins de implementação de políticas públicas no ambiente de trabalho, assumo a pessoa velha compondo idade igual ou superior a 60 anos, como prega o estatuto do idoso (Sino 119).

Também compareceu de forma significativa, na maioria dos registros de todas as categorias profissionais, um misto de idades que variaram de 60 a 85 anos para designar uma pessoa como idosa, ficando evidente a dilatação temporal dentro da categoria idoso e a associação de idades mais tardias para considerar um indivíduo idoso, como se pode observar a seguir:

Mais ou menos 75 anos, porque, geralmente nesta idade, é que o quadro clínico do idoso vai se complicando (Sino 117).

Pessoas com mais de 80 anos e/ou aquelas que se deixam levar pelo sentimento de que a pessoa idosa 'é inútil e não serve para mais nada' (Flauta 60).

Maior de 85 anos. Em geral trata-se de fase onde a independência e a autonomia não é plena (Violino 88).

Essa dilatação de idade para considerar uma pessoa velha pode ser devido ao crescente número de idosos no País e ao aumento da expectativa de vida acompanhado de melhor condição de saúde, diferente daquelas vivenciadas pelas gerações anteriores, o que se reflete na forma da sociedade identificar o idoso e a velhice.

Nota-se que cada recorte etário apresenta necessidades de saúde diferenciadas e atuação profissional específica. A exemplo disso, tem-se, como critério, dentre outros, para identificação de idoso frágil ou em risco de fragilização, o indivíduo ter idade igual ou superior a 75 anos⁽²⁾, sinalizando para os profissionais que esses indivíduos devem ser acompanhados e monitorados com maior frequência, afim de que tenham cuidados sistematizados e adequados de acordo com suas necessidades de saúde.

c) A dimensão psicológica da velhice

Observa-se que 5 dos 22 profissionais informaram que a velhice enseja questões psicológicas. Dois profissionais atribuem à velhice sabedoria, experiência e aprendizagem, como pode ser visto, a exemplo, nos registros abaixo:

É o tempo da vida onde as experiências se acumulam [...] (Sino 118).

Velhice é uma evolução natural, quando nos tornamos experientes, devendo ser respeitado por todos (Violino 84).

Um paradigma frequentemente associado à velhice é o de sabedoria, no entanto estudos demonstram que o fato de ser idoso, necessariamente não configura uma condição suficiente para a emergência da sabedoria. A ocorrência de outros elementos, como profissão, tipos de experiências sócio-históricas às quais o indivíduo esteve exposto, riqueza de experiências pessoais, personalidade e inteligência concorrem para o aparecimento de desempenhos sábios na velhice. Assim, a ocorrência da sabedoria aumenta com a idade, porque esta acarreta acumulação de experiências relevantes⁽¹³⁾.

Ainda se evidencia, nos registros de dois profissionais da categoria de enfermeiro e de médico com idade superior a 45 anos, a necessidade de o indivíduo preparar-se para essa fase da vida considerando-a como o outono da vida, indicada como:

Velhice é o outono da vida, onde podemos trocar experiências. É um tempo de [...] (Violino 90).

É um estágio da vida muito importante, porém, nem todos estão preparados para essa nova etapa da vida (Flauta 61).

A ideia de relacionar a representação das idades humanas com o ciclo solar, conhecido como estações do ano, adotada por Violino, tem sua origem na Grécia antiga, com Hipócrates “[...] o primeiro a comparar as etapas da vida humana às quatro estações da natureza, e a velhice ao inverno”^(14:23). Essa comparação atravessa os séculos e se faz presente também nas artes plásticas, com referência à figura humana retratando a primavera, o verão, o outono e o inverno⁽¹⁵⁾.

A relação feita pelos profissionais indica que a velhice não se estabelece de forma solitária, sombria ou de outros elementos negativos, mas como um período positivo, de colher e, assim, se alimentar daquilo que, no decorrer dos anos, construiu, e isso inclui relações sociais, familiares, afetivas, espirituais e profissionais, dentre outras, apresentando a velhice como o outono da vida, diversamente na imagem da velhice retratada nas artes plásticas como inverno, período solitário e sombrio.

Outra concepção de idade psicológica comparece no registro de um profissional enfermeiro, relacionando a velhice com estado de espírito, como aponta:

Acho que significa mais um estado de espírito do que idade, pois vejo pessoas em idade mais avançada com mais disposição do que muito jovem (Flauta 58).

As opiniões emitidas pelos profissionais encontram reforço em estudo que menciona a história como repleta de casos de homens e mulheres que não envelheceram psicologicamente, mantendo quase todas as suas características psicológicas de forma viva e brilhante⁽¹⁶⁾.

No Brasil temos como exemplo a artista Bibi Ferreira que, aos 91 anos, permanece atuando com um senso crítico inigualável em pleno gozo da inteligência e da criatividade e, assim, muitos outros de vida pública.

Características psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, dentre outras, e com base no uso em maior ou menor grau dessas podem contribuir para que as pessoas sejam consideradas jovens ou velhas psicologicamente⁽¹⁷⁾.

A velhice associada a sabedoria, experiência, estado de espírito também é notada no estudo de Bimbato⁽¹⁸⁾ sobre representação social da velhice, com profissionais dos núcleos de saúde da família, demonstrando que a visão deles não difere da dos profissionais que trabalham em serviços hospitalares.

Quando interrogados sobre a partir de quando consideravam uma pessoa como velha, os profissionais manifestaram opiniões diversas, porém chamou a atenção o fato de colocarem o descontentamento com a utilização do termo “velha”, como se evidencia:

Uma pessoa idosa tem mais de 60 anos, uma pessoa velha pode ter qualquer idade, basta limitar seu mundo e suas atividades (Trompa 68).

Idoso a partir de 60 anos, porém, velha de acordo com a idade e dependência (Trompa 66).

A dificuldade em utilizar a expressão velha e assim a utilização de variados termos, dependendo do contexto, pode servir para mascarar preconceitos por parte dos próprios idosos ou por profissionais que orientam ou atendem as necessidades dos idosos, e assim a preferência por termos como terceira idade, pessoa idosa, pode soar bem, mascarando o preconceito e negando a realidade. Então é melhor utilizar simplesmente as palavras “velho” ou “idoso” para designar as pessoas que viveram mais tempo⁽¹⁹⁾. Estudo recente, que teve como objetivo conhecer as atitudes de profissionais que trabalhavam com idosos, confirma que ainda permanece o uso de uma variabilidade de terminologias e percepção sobre o idoso e o envelhecimento, refletindo a grande complexidade que é o envelhecer⁽⁸⁾.

d) A dimensão social da velhice

A condição do velho não está dependente simplesmente de dados biológicos, mas está marcada por intervenção de fatores culturais e ainda, o drama da idade não se produz no plano sexual, mas no plano econômico, pois “[...] o velho não é, aquele que não pode mais lutar, mas aquele que não pode mais trabalhar [...]”^(14:51). Ao responderem a pergunta sobre velhice seis profissionais descreveram-na sob a égide da dimensão social, relacionando, em dois escritos, velhice a respeito e participação na sociedade:

Pessoas com idade maior ou igual a 60 anos não são necessariamente ‘velhas’ se tiverem espírito jovem e participarem ativamente da sociedade (Violino 92).

O descrito por Violino 92 indica como velho aquele que não consegue desempenhar seu papel social de forma satisfatória na sociedade, considerando, assim, que a dimensão

social da velhice enseja a “[...] obtenção de hábitos e *status* social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social”^(17:590). À tal conceituação deve-se atentar que a capacidade do indivíduo em adequar-se ao desempenho de papéis e ao comportamento esperado para as pessoas de sua idade variam conforme o momento histórico e a sociedade em que vive, ou seja, seu estatuto é norteado pela sociedade em que está inserido.

Também é presente nos escritos dos profissionais a associação de velhice a improdutividade e acomodação como pode se observar na fala a seguir:

Fase da vida onde o indivíduo não é enxergado como produtivo financeiramente, mas é responsável ainda pelo sustento de muitas famílias e onde se encontra mais propício ao desenvolvimento de doenças (Trompa 69).

Socialmente, quando um indivíduo não faz parte mais do mercado de trabalho, passa a ocupar o status de idoso pela associação direta de pessoa economicamente ativa à jovem, adulto e a pessoa não economicamente ativa à velha. Com isso, a sociedade em seu caminhar atribui a seus membros rótulos de produtivos e improdutivos⁽¹⁷⁾.

Em decorrência da distinção dos indivíduos, imposta pela sociedade, por meio de rótulos o desengajamento do indivíduo pode ocorrer, e o que deveria ser uma fase de aproveitar a vida como registrados pelos profissionais:

Pode ser um momento de aproveitar a vida com a aposentadoria, ficar com os netos [...]”. (Trompa 74)

Pode-se traduzir num afastamento da sociedade já que, “[...] à medida que as pessoas envelhecem, vão-se afastando progressivamente da sociedade, havendo um decréscimo do número de relacionamento entre os indivíduos ao longo do tempo”^(20:44). Abstrai-se do exposto que o profissional da saúde que atua diretamente com o idoso deve desempenhar o papel de sujeito social ativo, agente de mudança cultural, capaz de atuar no sentido de desconstruir uma visão estereotipada da velhice, e essa mudança se inicia nas relações que o profissional da saúde estabelece com o idoso⁽⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A velhice se apresenta por variadas concepções que, neste estudo, se expressam nas dimensões biológica, cronológica, psicológica e social.

Em relação à concepção de velhice em sua dimensão biológica, os profissionais a referem como evolução natural do ser humano, relacionada com presença de dependência, perdas ou diminuição da capacidade funcional, reconhecendo que o bem-estar funcional independe da idade cronológica, e é de extrema importância para a pessoa idosa. Por outro lado, a correlação de velhice, construída por profissionais de saúde da Enfermagem, Medicina e do Serviço Social, com presença de dependência, pode expressar não somente a visão dessas categorias profissionais, mas também a forma como tais profissionais conduzirão sua prática com relação a idosos e a necessidade de apropriação desses profissionais do processo de envelhecimento.

Fica evidente, na concepção cronológica da velhice, um prolongamento dos anos de vida para se considerar uma pessoa como velha, estando presente a associação da idade de 60 anos a uma necessidade meramente indicativa para implantação e implementação de políticas públicas.

Observou-se que do grupo de profissionais emergiu reações de resistência quanto à terminologia “velha”, revelando o quanto o processo de envelhecimento é complexo e continua sendo, na sociedade, negado, evitado ou mesmo temido.

A ideia de velhice relacionada à dimensão psicológica atribui à velhice sabedoria, experiência e aprendizagem; paradigma esse frequentemente associado à velhice. Essa valorização de atributos positivos pode ocasionar expectativas com relação ao idoso que poderão incorrer em frustrações, tanto para o idoso quanto para o profissional de saúde.

A velhice enseja aspectos sociais relacionados com respeito e participação social indicando que, enquanto o indivíduo permanece ativo, a sociedade não o reconhece como um Ser velho.

Abstrai-se do exposto que, para os profissionais de saúde que atuam no Hospital Universitário a concepção de velhice independe da idade cronológica, pois é norteadada por fatores como dependência, capacidade funcional e participação social.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010 [Internet]. Brasília; 2013. [acesso em 2013 ago 14]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=es&tema=sinopse_censodemog2010.
2. Brasil. Portaria MS/GM nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília; 2006. [acesso em 2012 set 10]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
4. Souza AS, Andrade CC, Reis APJ, Meira EC, Menezes MR, Gonçalves LHT. Atendimento ao idoso hospitalizado: percepções de profissionais de saúde. Cienc. Cuid Saude. 2013 Abr/Jun; 12(2):274-281. DOI <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i2.18999>.
5. Mercadante EF. Algumas reflexões do lugar social da velhice e do velho. In: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais [Internet]. São Paulo: SMS, 2007. p. 15-17. [acesso em 2012 ago 20]. Disponível em: http://www.cordeiropolis.sp.gov.br/saude/index_arquivos/CADERNO%20DE%20VIOLENCIA.pdf.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70;2009.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008
8. Neves CFO. Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade [dissertação] [Internet]. Portugal: Universidade da Beira Interior; 2012. [acesso em 2013 ago 08]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/1207>.
9. Freitas MC de, Queiroz TA, Sousa JAV de. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010; 44(2): 407-412. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200024>.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, n.19, Ministério da Saúde; 2010.

11. Organização das Nações Unidas (OMS). Assembléia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena: Organização das Nações Unidas; 1982.
12. Debert GG. A construção e a reconstrução da velhice: Família, classe social e etnicidade. In: Neri AL, Debert GG. Velhice e Sociedade. São Paulo: Papirus; 1999. p. 41-68.
13. Neri AL. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. Temas psicol [Internet]. 2006, vol. 14, n.1. ISSN 1413-389X. [acesso em 2013 maio 05]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2006000100005&script=sci_arttext
14. Beauvoir S de. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
15. Paz SF. Espelho... espelho meu...Elementos da cultura da imagem e do imaginário social do idoso. Observatório-NUPPESS [Internet]; 2013. p. 1-63.[acesso em 2013 ago 13]. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0BxEVQi6opNBcdDBqb0o3MURWTWM/edit?pli=1>
16. Costa EMS. Gerontodrama: a velhice em cena. São Paulo: Ágora; 1998.
17. Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 25, n. 4, Dec. 2008. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>.
18. Bimbato AMJ. A Representação da Velhice entre Profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família [Dissertação] [Internet]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP; 2008. [acesso em 2012 set 10]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-27102009-113625/pt-br.php>.
19. Neri AL, Freire SA. Qual a idade da velhice?. In: Neri AL, Freire SA. E por falar em boa velhice. São Paulo: Papirus; 2000. p. 7-20.
20. Maciel PMA. A mulher idosa num grupo de Convivência: um estudo na perspectiva da Enfermagem [tese].Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ; 2002.

5.2 ARTIGO 2: VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO ESPAÇO DE CUIDADO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

VIOÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO ESPAÇO DE CUIDADO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Resumo

O estudo explora a violência contra pessoa idosa na percepção dos profissionais de saúde de um Hospital Universitário. Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como sujeitos 53 profissionais de saúde. Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2013, por meio de questionário, e analisados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin e Minayo, que permitiu a construção de três categorias: a violência percebida contra a pessoa idosa, a violência no espaço de cuidado hospitalar e as estratégias em frente a situações de violência contra a pessoa idosa. Constatou-se que a violência dentro espaço de cuidado hospitalar pode ser possível, mesmo sendo esse local considerado como de cuidado e de proteção, de bem-estar e de responsabilidade com o usuário. Em relação à atuação dos profissionais diante de situação de violência, a denúncia às autoridades judiciais competentes apareceu como a forma de encaminhamento mais utilizada, no entanto a notificação dos casos de violência à autoridade sanitária, a discussão do caso em equipe e a realização de plano de cuidados para o idoso foram pouco utilizados como formas de potencializar as ações referentes à violência contra a pessoa idosa na instituição hospitalar.

Palavras-chave: Violência. Maus-tratos ao idoso. Percepção. Pessoal de saúde. Enfermagem

Abstract

The study explores the violence against elderly in the perception of health professionals at a University Hospital. This is a qualitative study with 53 subjects as health professionals. Data were collected in the period august-september 2013, using a questionnaire, and analyzed by content analysis of Bardin and MINAYO, which allowed the construction of three categories: the perceived violence against the elderly, violence within hospital care, and strategies in situations of violence against the elderly. It was found that violence within the space of

hospital care may be possible even being considered for this care and protection, welfare and responsibility with the user. Regarding the work of professionals front the situation of violence, complaint to the competent judicial authorities appeared as the forwarding method most commonly used, however the notification of cases of violence to health authority, the discussion of the case in team and the care plan with the elderly were little used as ways of enhancing actions regarding violence against the elderly in hospital.

Key words: Violence. Elder abuse. Perception. Health personnel. Nursing.

INTRODUÇÃO

A violência contra a pessoa idosa torna-se uma preocupação para a sociedade a partir do momento em que aumenta a conscientização de que, nas próximas décadas haverá um crescimento considerável da população idosa. Desta forma o Relatório Mundial sobre Violência e saúde utilizando a definição da Rede Internacional para Prevenção do Abuso de Idosos estabelece que “[...] o abuso de idosos é um ato simples ou repetido, ou ausência de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, que causa dano ou tensão a uma pessoa idosa”^{1:126}.

Desse modo, a violência contra o idoso pode se manifestar das seguintes formas: estrutural, aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; a interpessoal, nas formas de comunicação e de interação cotidiana; e a institucional, na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo e de discriminação².

A forma de violência intitulada interpessoal² refere-se à violência intrafamiliar e tem sido enfatizada como a mais frequente nos estudos internacionais. Nos estudos nacionais, sua gravidade é confirmada. É definida na seguinte tipologia, em consonância com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências³ e com os estudos de Souza e Minayo⁴: violência física, violência psicológica, violência sexual, violência financeira e econômica, negligência, autonegligência, abandono.

A violência contra idosos é uma manifestação que ocorre independente do nível socioeconômico⁵ e não se restringe aos domicílios e/ou instituições, mas se evidencia na relação do idoso com a sociedade que persiste em emitir visões, sob a forma de mitos e de estereótipos, sobre a velhice que se materializam em caracterizar o velho como feio,

conservador, chato, improdutivo, dentre outros⁶, perpetuando de forma silenciosa a violência contra a pessoa idosa pela sociedade.

A violência contra a pessoa idosa pode se manifestar em um ou mais níveis e independe de raça, gênero ou classe social. Pode ocorrer tanto em ambiente domiciliar, comunitário quanto institucional. É frequente a ocorrência de várias formas de maus-tratos concomitantemente⁷.

Dessa forma o debate sobre também se faz necessário no espaço hospitalar, ambiente institucional, pois, nesse espaço, a violência também pode ocorrer, devendo ser considerada no processo de trabalho dos profissionais de saúde, pois esses possuem grande importância na identificação, intervenção e prevenção das situações de abusos de idosos. Nesse sentido, este estudo objetivou explorar a violência contra a pessoa idosa na percepção dos profissionais de saúde que atuam num Hospital Universitário, identificando-a no espaço hospitalar, bem como a atuação dos profissionais diante de situação de violência contra a pessoa idosa.

MÉTODOS

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, cujo cenário foi a Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário no Município de Vitória, Espírito Santo tendo como sujeitos 53 profissionais de saúde envolvendo enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, médicos residentes e assistentes sociais. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário, contendo perguntas abertas sobre a concepção de violência contra a pessoa idosa, a violência no ambiente hospitalar e as estratégias perante situações de violências, no período de agosto a setembro de 2013. Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram pertencer ao quadro funcional do hospital ou estar regularmente matriculados nas residências médicas, estarem lotados na Unidade de Clínica Médica, e ainda atuação na instituição por um período igual ou superior a três meses. Foram excluídos os profissionais que, no momento da coleta de dados, estavam em período de gozo de folgas, de férias, de

licença médica ou qualquer outro tipo de licença ou desligamento do hospital por término ou desistência da residência médica ou por rompimento do vínculo de trabalho.

Os questionários preenchidos foram depositados em uma das urnas lacradas localizada no setor de desenvolvimento da pesquisa, seguindo as normas estabelecidas pela Resolução nº 196/96. Na intenção de garantir o anonimato dos participantes, eles foram identificados com nomes de instrumentos musicais representados das seguintes formas: flauta (enfermeiros), piano (auxiliares e técnicos de enfermagem), violino (médicos), trompa (médicos residentes) e sino (assistentes sociais).

Todo o material produzido foi submetido à técnica de “Análise de Conteúdo”, conforme proposto por Bardin⁸ e Minayo⁹. Para esses autores, a análise consta de uma ferramenta para a compreensão da construção de significados que os atores sociais exteriorizam. Espera-se, então, que essa estratégia possibilite que o conjunto de informantes, na sua homogeneidade fundamental, seja diversificado o bastante para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças, no sentido de que as experiências e expressões do grupo de sujeitos contribuam para os objetivos que se deseja atingir com a pesquisa⁹.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, com parecer de aprovação para a realização da pesquisa, sob o nº 202.723.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da aplicação da técnica de análise de conteúdo foram construídas as seguintes categorias de análise: a violência percebida contra a pessoa idosa; a violência no espaço de cuidado hospitalar; e as estratégias diante de situações de violência contra a pessoa idosa.

A violência percebida contra a pessoa idosa

Durante a análise dos dados, observou-se, que os profissionais (20 dos 53 participantes) ao responderem a pergunta sobre o que é violência contra a pessoa idosa, afirmaram que a

violência contra esse segmento etário enseja violência interpessoal manifesta por maus-tratos físicos e psicológicos.

Qualquer coisa que o agrida, físico, moral e psicologicamente (Piano3).

Agressão física e emocional. Esta última acredito ser a mais danosa, pois, revestida de sutileza, pode magoar e ferir a mente e emoções de quem já tem um corpo frágil(Violino 93).

Também compareceram significativamente nos escritos dos profissionais os abusos físicos e psicológicos, associada à negligência, evidenciando que esses três tipos de maus-tratos aos idosos povoam o imaginário dos profissionais de saúde. Tal achado pode ser devido ao fato de essas serem mais perceptíveis à avaliação física, pois se explicitam de forma mais devastadoras que as demais violências, em que o corpo e as expressões do idoso falam por si. Tais registros dos profissionais guardam similaridade com o estudo realizado, tomando como base 3.593 notificações de violência contra idosos nos estabelecimentos notificadores do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no ano de 2010, que revelaram que os tipos de violências mais presentes foram a física (67,7%), a psicológica (29,1%) e a negligência (27,8%). Em menor proporção, os casos de violência financeira (7,9%), abuso sexual (3,7%), sendo os homens as maiores vítimas⁵.

Observa-se também que apareceu a preocupação dos profissionais com a vulnerabilidade do idoso como sendo algo que facilite a ocorrência de episódios de maus-tratos, uma vez que, por serem frágeis, “Os idosos são alvos fáceis para todos os tipos de violência, por sua fragilidade e dependência, por não saberem a quem recorrer e por não terem um amparo legal ativo, embora exista o Estatuto do Idoso [...]”^{10:208}.

Maus- tratos físico e mental. Aproveita-se da fragilidade (Violino 87).

É um desrespeito ao ser humano e se agrava por ser alguém frágil e indefeso (Piano 48).

Essa situação de vulnerabilidade está presente em pessoas idosas que apresentam, por exemplo, dependência física e déficits cognitivos, acarretando sua dependência para a realização das atividades da vida diária. Esse panorama contribui, juntamente com outros

fatores, para o surgimento de vários problemas, dentre eles, as situações de violência contra a pessoa idosa, conforme preceitua a Portaria MS/GM nº 737/2001³.

Pesquisa realizada de forma cooperativa entre o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde, a Fundação Osvaldo Cruz e vários centros de pesquisa em cinco capitais brasileiras evidenciou que os jovens e os idosos são o grupo social que mais demanda atenção especial na prevenção de violência. Estes últimos foram, proporcionalmente, o segmento mais vulnerável e que mais sofreu internação por causas externas (acidentes de transporte e agressões) em todas as áreas estudadas, exceto no Rio de Janeiro. No entanto, não foi verificado nenhum tipo de atenção diferenciada para essa população¹¹.

Nota-se que, além das violências acima descritas, também ficou claro, no registro de um profissional, o exercício da comunicação de forma deficiente, demonstrando a sua importância no processo de atendimento ao idoso, como se observa:

A violência pode ser não só física, mas também verbalmente. Essa fase exige um cuidado especial com a forma de falar e tocar nesse paciente, muitas vezes com a condição de argumentar comprometida por conta da idade (Piano 27).

Nesse sentido, tem-se que a comunicação se constitui num processo complexo e de necessidade fundamental no atendimento da pessoa idosa, baseada nas dimensões biológicas, sociológicas, psicológicas, cultural e ou espiritual, devendo os profissionais que cuidam de idosos estar atentos ao estabelecimento de uma relação respeitosa, chamando-o pelo nome, com linguagem clara, sempre partindo do pressuposto de que o idoso é capaz de entender os questionamentos e as orientações realizadas¹².

As violências, institucional e estrutural, também estavam presentes no registro dos profissionais de saúde, demonstrando a visão ampla sobre o fenômeno pelos participantes da pesquisa e a relevância da temática:

A violência começa pela discriminação, preconceito, falta de acesso a bens e serviços sociais e de saúde (Sino 118).

É não prestar assistência ao idoso(a) em todas às áreas da vida. Privá-lo dos seus direitos (Flauta 61).

A violência institucional se manifesta pela agressão política, cometida pelo Estado. Em nível macrossocial e de forma particular, é reproduzida nas instituições públicas de prestação de serviços e nas instituições de longa permanência de idosos (ILPI), públicas, filantrópicas e privadas. Em relação às instituições públicas de saúde, previdência e assistência social, essas são as que são alvo do maior número de queixa de violação de direitos; quanto às ILPI a violência se aflora nas relações e formas de tratamento que mantêm com os idosos².

Com referência à estrutural, essa se refere aos aspectos resultantes da desigualdade social, que se traduzem em situações de miséria, escassez de provimento de alimento e cuidados, apesar de o problema ser muito mais amplo do que o que aflige os mais velhos, pois esses são o grupo mais vulnerável, juntamente com as crianças, devido a limitações impostas pela idade, perdas funcionais e, conseqüentemente, dependências e problemas relacionados com a saúde, tornando-os mais vulneráveis a situações de maus-tratos².

Outro tipo de violência contra a pessoa idosa referida foi a de desrespeito e de ignorar o idoso demonstrando uma inquietação:

Não respeitá-los como ser humano com suas impossibilidades que, ao correr da vida, todos nós teremos, pois o envelhecimento é o estado fisiológico da vida (Piano 04).

Maus tratos ou violência na pessoa idosa pode se manifestar de várias formas, psicológica, emocional, isolamento, física ou simplesmente ignorando-o (Violino 90).

Os profissionais que cuidam da pessoa que envelheceu nas instituições de saúde devem compreender o adoecimento na velhice, os idosos precisam ser ouvidos, e suas histórias e suas personalidades conhecidas para que possam ser assistidos com respeito ao jeito de serem, com suas singularidades, manifestando interesse pela sua subjetividade, pois a pessoa idosa que procura um serviço de saúde está depositando nos profissionais que ali trabalham confiança e buscando ajuda⁶.

A violência no espaço de cuidado hospitalar

Os hospitais assumem um lugar não somente de cura e reabilitação, mas também produtor de cuidado. Esse local pode e deve ser de promoção de saúde, de defesa da vida e da cidadania, com equipe de profissionais capazes de colaborar de forma ativa para a construção de relações dentro do sistema de saúde¹³. Tendo em vista esse espaço de cuidado, indagou-se os profissionais que atuam na unidade hospitalar de internação quanto à possibilidade de a pessoa idosa estar sujeita a algum tipo de violência durante a internação. Nota-se que 45 profissionais de saúde afirmaram essa possibilidade, tendo apenas oito profissionais auxiliares e técnicos de Enfermagem que não admitiram a ocorrência da violação de direitos no espaço de cuidado.

Acredita-se que a negativa desse fenômeno no espaço de cuidado hospitalar vislumbre o que pode ser chamado de violência extramuros, em que o profissional de saúde não acredita na possibilidade da ocorrência com tanta proximidade, estando restrita ao outro, não fazendo parte do seu convívio. Tal dado guarda certa relação com o encontrado num estudo realizado por Kullok e Santos¹⁰ com funcionários de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. Evidenciaram-se, ao serem perguntados sobre maus-tratos contra idosos, que eles existem em todos os segmentos, menos em idosos, como se a violência nesse grupo populacional acontecesse extramuros, nunca dentro da instituição.

Quanto às afirmações de possibilidade de violência, pode-se inferir que os profissionais entendem que esta pode ocorrer até mesmo dentro de um ambiente hospitalar que se constitui num local de cuidado e proteção, de bem-estar, de responsabilidade com o usuário, de formação profissional e de atenção à família e/ou cuidador que acompanha seus idosos durante o período de internação.

Assim, a maioria dos profissionais respondeu que variados tipos de maus-tratos contra a pessoa idosa podem estar presentes dentro do hospital com ênfase no de abandono e verbal, como se verifica:

Acho que o principal é o abandono por parte da família (Sino118).

Física, verbal, psicológica, exclusão social e afetiva (Violino 92).

Estudo de Araújo e Lobo¹⁴ com idosos acerca das representações sociais sobre violência na velhice evidenciou ser o abandono seguido do desrespeito, da negligência e da agressão física os tipos de violência contra idosos mais destacados por esse grupo.

O exposto por Sino 118 é uma realidade no ambiente hospitalar em que o período de internação, na maioria das vezes, é longo e demanda acompanhamento nas 24 horas de uma pessoa junto ao idoso, seja da família, seja de cuidadores, podendo acarretar dificuldade em acompanhar o idoso. Isso retrata o modelo de família que temos na atualidade, em que a família ampliada existente anteriormente deu lugar à família nuclear, na qual vivem pais e filhos, sem lugar para a figura dos avós e colaterais. Nessas condições, a assistência ao idoso pode tornar-se extremamente difícil. Acrescenta-se também que se vive um período considerado de síndrome do filho único e com isso a impossibilidade física de seus membros prestarem a assistência necessária a seus idosos ou dependentes, acabando, por vezes, abandonando-os¹⁵. Esse abandono é explicitado por endereços errados ou incompletos fornecidos pelos familiares, ausência de visitas, deixando no local apenas o cuidador não familiar, dentre outros.

Outras violências destacadas, neste estudo, manifestam-se por ausência de privacidade e respeito ao idoso no ambiente do hospital, por estresse do profissional de saúde, por dificuldade de o profissional identificar manifestações clínicas atípicas da pessoa idosa e até mesmo omissão de cuidados, demonstrando que possuem ciência de que algumas atitudes que tomam podem incorrer em atos de violência, como pode ser observado nos registros a seguir:

Descuido, desrespeito, irritabilidade, incompreensão, falta de paciência e brutalidade ao cuidar (Violino 93).

Falta de respeito à intimidade do paciente por parte de todos os profissionais, falta de compreensão quanto ao período noturno, visto que existe muitas televisões ligadas até de madrugada impedindo o sono (Piano 24).

Acho que o social, já que a internação limita sua condição social e moral, se não tiver o cuidado ao expor a sua doença ou lhe dá banho sem biombo (Piano 34).

Contensão em caso de delirium, isolamento, medidas desnecessárias (Violino 90).

Observou-se que a violência relacionada com a ausência de privacidade do idoso aparece de forma mais contundente por parte de profissionais auxiliares e técnicos de Enfermagem, podendo-se inferir que, como seu objeto de trabalho é o cuidar, vivenciam com mais frequência tais situações e ao se manifestarem, estão externalizando sua indignação e ao mesmo tempo suas deficiências em prover cuidado adequado e humanizado ao idoso.

Muitas vezes os profissionais não se dão conta das implicações e repercussões de uma institucionalização hospitalar para a pessoa idosa, seja em quartos individuais, seja coletivos, que podem representar sensação de abandono ou isolamento dentre outras sensações. Nos hospitais públicos, a exemplo desse onde foi realizado o estudo, a internação em ambiente coletivo é uma realidade, podendo apresentar-se como falta de privacidade quando na realização de “[...] procedimentos de cuidados, como, por exemplo a falta de um biombo, expondo-o durante o banho de leito, durante a realização de um curativo ou ainda a na satisfação das necessidades fisiológicas [...]”^{6:48} que, embora possam ser atos rotineiros, tem repercussões emocionais danosas para a pessoa que é submetida a essas violações.

Isso também pode incorrer em outro tipo de violência que é a da negação da sexualidade da pessoa idosa, em que se criou o mito de que o idoso é assexuado, e esse pensamento do seio da sociedade ocidental se expande para os ambientes hospitalares¹⁶.

Também emergiu dos registros a violência relacionada com o estresse profissional por meio de manifestações de irritabilidade e impaciência por parte do profissional ao atender o idoso. E essa situação pode ser associada ao estresse ocupacional, sendo este conceituado como “[...]”

um problema de natureza perceptiva, resultante da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como consequências problemas na saúde física, mental e na satisfação no trabalho, afetando o indivíduo e as organizações”^{17:6}.

Esse estresse pode causar consequências negativas que vão atuar diretamente sobre a saúde do profissional e a qualidade dos serviços prestados podendo atingir “[...] sua concentração, capacidade de decisão, limiar de irritabilidade, raciocínio, reflexos, serenidade, sensibilidade [...]”^{18:22}.

Insta relatar que, em quase todos os países onde existem instituições de cuidados continuados, tais como ILPI, instituições-dia, atenção domiciliar e hospitais, em relação aos idosos tem sido identificada presença de maus-tratos, sendo o possível agressor um membro remunerado da equipe, outro residente, um visitante voluntário, parentes ou amigos¹. A ocorrência de maus-tratos no espaço físico da instituição é fator de caracterização da violência institucional, independente de quem seja o responsável pelo ato ou omissão, não tendo prejuízo na designação da tipologia do abuso exercido.

Outra violência informada na pesquisa foi a perpetrada por familiares, sendo por vezes causada por estresse do cuidador, como pode ser visto:

Principalmente psicológica por estresse do cuidador em ambiente hospitalar (Trompa 68).

Falta de afeto da família [quando não recebe visita], não atendendo o pedido dos utensílios de higiene (Piano 48).

Em estudo realizado por Fernandes e Garcia¹⁹ observou-se que situações relacionadas com o cuidador, como o exercício do ato de cuidar e a jornada de trabalho extradomiciliar, a dependência física do idoso, as demandas de cuidado, a vivência de problemas no contexto familiar, a interação idoso e cuidador, de forma isolada ou concomitantemente são possíveis determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes.

A Organização Mundial de Saúde¹, utilizando-se de estudo ecológico, identifica alguns fatores como sendo de risco para a ocorrência de abusos contra a pessoa idosa, que são os

fatores individuais que revelam como agressores os que provavelmente têm mais problemas de saúde mental e de abuso de substâncias, drogas, do que os membros da família ou pessoas que cuidam dos idosos, que não são violentos nem abusadores.

Considerando que o ato de cuidar é voluntário e complexo, estando envolvidos sentimentos diversos e contraditórios, como cansaço, culpa, amor, dentre outros presentes de forma simultânea entre cuidador e pessoa cuidada, o profissional de saúde deve compreender que tais sentimentos fazem parte da relação, sendo importante avaliar a presença de estresse entre os cuidadores com o objetivo de prevenção da ocorrência de maus-tratos contra a pessoa idosa e de redução do adoecimento do cuidador¹².

Estratégias diante de situações de violência contra a pessoa idosa

Compareceu fortemente, nos registros dos profissionais, a realização de denúncia às autoridades competentes, juntamente com outras ações, da situação de maus-tratos contra a pessoa idosa como forma de atuação,

Procuraria atender o idoso em suas necessidades e identificar o agressor, denunciando as autoridades para tomar as devidas providências (Piano 47).

Temos o dever de informar às autoridades judiciais o problema, além de tentar conversar com os envolvidos a importância de tratar o idoso de forma digna (Trompa 80).

Esse recurso da denúncia apontado pelos profissionais encontra-se envolto pelo manto legal do Estatuto do Idoso²⁰ que informa a obrigatoriedade de o profissional realizar a comunicação de violência contra a pessoa idosa a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso.

A comunicação aos órgãos competentes faz parte das ações a serem realizadas pelos profissionais de saúde ao identificarem casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra o idoso, porém recomenda-se que sejam realizados, para a identificação e intervenção,

primeiramente o exame físico detalhado, a história clínica, social e familiar, o trabalho interdisciplinar, o compartilhamento das decisões a serem tomadas, a exploração dos recursos da comunidade, realização do suporte familiar e o uso da lei devem ser vistos como último recurso⁷.

Assim, os profissionais de saúde, ao se depararem com situações de violência contra o público idoso, devem explorar todos os recursos e, a partir de então, denunciar os casos como forma de reforçar a ampliação da cidadania da pessoa idosa e também como respaldo profissional e legal, não agindo com omissão ou conivência²¹.

Conjuntamente a todos esses atos, deve-se realizar a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência, como mencionado apenas por um profissional de saúde:

Investigaria a possibilidade de ocorrência, comunicaria à família e, a depender da situação, faria notificação aos órgãos competentes. A depender, no caso acima, refere-se a forte suspeita ou comprovação, faria a notificação. Se suspeita descartada não haverá necessidade (Trompa 78).

Diante da magnitude desse tema, em 2006, torna-se objeto de vigilância epidemiológica tal fenômeno, por meio da implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) e o art. 19 do Estatuto do Idoso²⁰ tem sua redação alterada em 2011, no intuito de acrescentar a obrigatoriedade, em serviços públicos e privados de saúde, de notificação compulsória de violência contra a pessoa idosa às autoridades sanitárias locais, para com isso suprir um hiato legal e intensificar o processo de notificação e visibilidade desse fenômeno, a redação vigente pela Lei nº 12.461/2011²² estabelece: “Art. 19 Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles”.

Para a OMS, a notificação é uma ferramenta de intervenção contra a violência, logo

[...] a redução da subnotificação bem como a melhoria da qualidade dos registros é essencial para o conhecimento da magnitude das situações de violência vivenciadas pelos idosos, a implementação de medidas preventivas e de apoio às vítimas e a aplicação de modelos mais resolutivos^{5:2339}.

O número reduzido de menção à realização de notificação demonstra que os profissionais são inseguros e despreparados para lidar com a complexidade dos casos e apesar de se saber que um número mínimo de situações objetivas de abusos de idosos pode acarretar um perigo real de retaliações de risco objetivo para o profissional, a cultura do medo impera justificando a não notificação da ocorrência. Para que saiam desse lugar de insegurança, impotência e incapacidade, os profissionais de saúde precisam de ajuda que não se resumem a condições de trabalho, de segurança e ou de salários mais justos, mas também de capacitação e supervisão continuada²³.

A necessidade de capacitação é apontada em apenas um registro, podendo-se inferir que o grupo de profissionais desconhece a potencialidade desse instrumento:

Educação permanente com a equipe, orientação à família e encaminhar o paciente ao serviço de psicologia (Flauta 59).

Em estudo realizado por Araújo, Cruz e Rocha²⁴ sobre representação social da violência na velhice, com profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, evidenciou-se que a maioria dos profissionais de saúde apresenta dificuldade na elaboração da ficha de notificação. Eles se sentem despreparados para o manejo da situação de violência, bem como não se sentem capacitados para identificar e encaminhar devidamente os casos de maus-tratos contra idosos. Portanto, cada vez mais é necessária a capacitação dos profissionais para a identificação e intervenção com competência nas situações de maus-tratos contra idosos.

Observou-se também que compareceu, na maioria dos registros dos profissionais, a necessidade de encaminhamento do caso aos demais membros da equipe:

Levaria a situação até o enfermeiro do setor para que sejam tomadas as devidas providências (Piano 02).

Acionaria o serviço social e a enfermeira supervisora (equipe multiprofissional) (Violino 90).

No entanto, percebe-se que ocorre uma transferência de responsabilidade ao outro pelo processo de resolução da situação, não havendo, na maioria dos registros, apontamento para

uma discussão do caso em equipe. Tal posicionamento pode ser devido à carência de capacitação para o manejo dos casos de violência contra a pessoa idosa ou pelo fato de evitarem entrar em contato com o fenômeno, acreditando não ser este de competência do setor saúde, tendendo a reagir de forma defensiva²³.

Em apenas um registro foi informada a necessidade de discussão do caso em equipe e o desenvolvimento do trabalho em rede:

Sem dúvida, como profissional de saúde, não podemos nos omitir diante de nenhum tipo de abuso. A situação tem que ser relatada à chefia imediata ou ao médico responsável, Serviço Social e todos juntos buscar uma solução para o problema (Piano 27).

Realizar contato com o Conselho do Idoso, reunião com familiares, contato com as redes de proteção social (CRAS, CREAS, Ministério Público) (Sino 118).

Em relação à reunião de equipe para a discussão do caso, a elaboração de planos de cuidados para os idosos maltratados, visando ao bem-estar físico e emocional, é uma necessidade a ser contemplada pelos serviços de saúde²⁴.

O plano de cuidados para a pessoa idosa em situação de violência constitui-se num importante potencializador na resolução do caso, uma vez que é um momento de diálogo e construção coletiva de propostas, constituindo-se uma estratégia para a organização do cuidado,

[...] onde se define claramente quais são os problemas de saúde do paciente (O QUE?), as intervenções mais apropriadas para a melhoria da saúde (COMO?), as justificativas para as mudanças (POR QUÊ?), quais profissionais (QUEM?) e equipamentos de saúde (ONDE?) necessários para a implementação das intervenções (MORAES, 2012, p. 49).

Dessa forma, pode possibilitar, com o pensar de forma interdisciplinar, que o plano de cuidados contenha todas as informações imprescindíveis para proporcionar o planejamento e a implementação de ações necessárias para a atenção ao idoso no intuito de manter e recuperar sua saúde²⁵.

Quanto ao trabalho em rede, observa-se que esse representa um grande desafio para todos os setores envolvidos, por exigir muita conversação e capacidade para ouvir com qualidade, mas

constituem-se num espaço propício para a superação da violência, pois nesses locais, há um favorecimento da criatividade e da inteligência coletiva²³.

Para atuar em rede, faz-se necessário romper as fronteiras do trabalho e do diálogo cotidiano. É preciso permear pela intersetorialidade, tendo uma articulação com outras equipes das Secretarias de Governo, do Conselho do Idoso, do Ministério Público, das Delegacias do Idoso, das Organizações Não Governamentais, dos grupos comunitários, tendo o diálogo como tecnologia mestra da produção de consensos e acordos²³.

Assim sendo, o hospital, na rede de atenção à saúde, tem sua legitimidade reconhecida devendo ser resolutivo a tal ponto que não quebre a linha do cuidado, garantindo assistência integral, destacando a importância e a responsabilidade que os profissionais de saúde enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem, médicos, médicos residentes e assistentes sociais, que trabalham na instituição hospitalar, têm na prevenção e identificação de situações de violência contra a pessoa idosa, pelo fato de exercerem atendimento direto e em maior parte do tempo ao indivíduo idoso internado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde do Hospital Universitário percebem a violência contra a pessoa idosa como aquela que pode se manifestar de formas variadas, materializando-se em danos à integridade física, psicológica e social do idoso.

Nota-se que a violência contra a pessoa no espaço de cuidado hospitalar é referenciada como algo possível de acontecimento, principalmente aquela advinda do ato de cuidar dos profissionais, manifestados por ausência de privacidade e respeito ao idoso no ambiente hospitalar e por estresse do profissional de saúde, apontando para a necessidade de investimento na implementação da Política Nacional de Humanização no ambiente hospitalar. Embora percebam a violência contra o idoso em toda sua magnitude, observa-se que a atuação dos profissionais diante da situação de violência ocorre de forma fragmentada, com

transferência de responsabilidade ao outro profissional pelo processo de resolução da situação, sem discussão do caso em equipe evidenciando uma fragilidade do trabalho em equipe multidisciplinar, sendo esse recurso pouco utilizado como forma de potencializar as ações referentes à violência contra a pessoa idosa na instituição hospitalar.

Assim, observa-se que os profissionais têm clareza quanto à identificação de violência contra o idoso, mas apresentam despreparo ao lidarem e consequentemente atuarem em frente a uma situação de violação de direitos desse segmento populacional, sinalizando para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde do Hospital Universitário sobre a temática da violência contra o idoso.

REFERÊNCIAS

- 1- Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/OPAS; 2002.
- 2- Minayo Maria Cecília de Souza. Violência contra Idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2. ed. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2005. [acessado 2012 set 10]. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/4.pdf.
- 3- Brasil. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política nacional da redução morbimortalidade por acidente e Violências. Brasília, 2001. [acessado 2012 set 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf.
- 4- Souza Edinilsa Ramos de, Minayo Maria Cecília de Souza. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Sept. 2010. [acessado 2013 maio 17]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600002&lng=en&nrm=iso.
- 5- Mascarenhas Márcio Dênis Medeiros, Andrade Silvânia Suely Caribé de Araújo, Neves Alice Cristina Medeiros das, Pedrosa Ana Amélia Galas, Silva Marta Maria Alves da, Malta Deborah de Carvalho. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2012 Sep [cited 2013 Oct 02]; 17(9): 2331-2341. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014&lng=en
- 6- Menezes, Maria do Rosário. Violência contra idosos: é preciso se importar. In: Berzins, Marília Viana; Malagutti, William (Org.). Rompendo o silêncio: Faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari; 2010, p. 27-58.

- 7- Machado Laura, Queiroz Zally V. Negligência e maus-tratos. In: Freitas, Elizabete Viana de, Py, Ligia, Neri Anita Liberalesso, Cansado, Flávio Aluísio Xavier, Gorzoni, Milton Luiz, Rocha, Sônia Maria da (Orgs). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 791-797.
- 8- Bardin Laurence. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
- 9- Minayo Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 10- Kullok Alcione Tavora, Santos Ivana de Cássia Baptista dos. As representações sociais de funcionários de uma Instituição de Longa Permanência sobre violência no interior de Minas Gerais. Botucatu , v. 13, n. 28, Mar. 2009 . [acessado 2013 set 12] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100017&lng=en&nrm=iso.
- 11- Minayo Maria Cecília de Souza, Deslandes Suely Ferreira. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. Ciênc. saúde coletiva [documento na internet]. 2009, vol.14, n.5, pp. 1641-1649. ISSN 1413-8123. [acessado 2012 out 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500002>.
- 12- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, n.19, Ministério da Saúde; 2010.
- 13- Cecílio Luiz Carlos de Oliveira. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: Merhy Emerson Elias; Onocko Rosana (org.). Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2006, p. 293-320.
- 14- Araujo Ludgleydson Fernandes de, Lobo Filho Jorgeano Gregório. Análise psicossocial da violência contra idosos. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre , v. 22, n. 1, 2009. [acessado 2013 set 21]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000100020&lng=en&nrm=iso.
- 15- Leme Luiz Eugênio Garcez. O idoso e a família. In: Papaléo Netto Matheus. Tratado de gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2007, p. 217-223.
- 16- Serra Jacira do Nascimento. Violência simbólica contra os idosos: forma sigilosa e sutil de constrangimento. Revista de Políticas Públicas, Vol. 14, n. 1 (2010). [acessado 2013 set 08]. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/357>. P.95-202.
- 17- Bicho Leandro Manoel Dias, Pereira Susete Rodrigues. Estresse ocupacional. 2007. [acessado 2013 set 24]. Disponível em: http://prof.santana-e-silva.pt/gestao_de_empresas/trabalhos_06_07/word/Stress%20Ocupacional.pdf.
- 18- Borine Bruno, Assis Cleber Lizardo de, Lopes Mariana de Souza, Santini Thayssa de Oliveira. Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. Rev. SBPH [periódico na Internet]. 2012 Jun [citado 2013 Set 24] ;

- 15(1): 22-40. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100003&lng=pt.
- 19-Fernandes Maria das Graças Melo, Garcia Telma Ribeiro. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev. bras. enferm.* [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2013 Set 21] ; 62(3): 393-399. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300010&lng=pt.
- 20-Brasil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. [acessado 2012 set 31]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.
- 21-Castro Anúbes Pereira de, Guilam Maria Cristina Rodrigues, Sousa Eduardo Sérgio Soares, Marcondes Willer Baumgarten. Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2013 May [cited 2013 Sep 23] ; 18(5): 1283-1292. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500013>.
- 22-Brasil. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, 2011. [acessado 2012 set 31] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm#art2.
- 23-Melmam Jonas, Cilibert Maria Ermínia, Aoki Mariângela, Figueira Junior Nelson. Políticas Públicas para superação da violência contra a pessoa idosa: o desafio para construção de uma cultura da paz. In: Berzins Marília Viana (Org.); Malagutti William (Org.). *Rompendo o silêncio: Fases da violência na velhice*. São Paulo: Martinari; 2010, p. 311-325.
- 24-Araujo Ludgleydson Fernandes de, Cruz Edilene Alves da, Rocha Romulo Araujo da. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, 2013. [acessado 2013 ago 07]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000100022&lng=en&nrm=iso.
- 25-Moraes Edgar Nunes. *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

6 PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO: CAPACITAÇÃO EM VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO

DADOS GERAIS

Nome do Curso: Capacitação em violência contra a pessoa idosa

Carga horária: 20 horas

Público-alvo: profissionais de saúde da Unidade de Clínica Médica

Número de vagas/turma: 25

Número de turmas a ser ofertada: 4

Dias das aulas: a combinar

Horario: a combinar

Parceria: Núcleo de Prevenção da Violência da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES

Ano: 2014

PROGRAMA DO CURSO

1 EMENTA

Trata do envelhecimento no Brasil e estuda o processo de envelhecimento fisiológico e patológico. Estuda as políticas públicas para o envelhecimento. Estuda os aspectos gerais da violência, com suas tipologias abrangendo a sociedade e a família. Estuda o envelhecimento e a violência. Trata do processo de notificação e da rede de proteção ao idoso, bem como o hospital como componente da rede e espaço produtor de cuidado em saúde. Aborda a atuação dos profissional em frente a situações de violência.

2 OBJETIVO GERAL

Contextualizar o processo de envelhecimento e a atuação profissional de saúde frente a violência contra a pessoa idosa.

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

São os seguintes:

- apresentar as bases teóricas e conceituais sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- apresentar as bases teóricas e conceituais da temática da violência contra a pessoa idosa a partir do ponto de vista da saúde;
- fornecer subsídios para que o profissional identifique situações de violência contra o idoso;
- fornecer subsídios para que os profissionais atuem no atendimento com vistas a prevenção e promoção de medidas protetoras ao idoso em situação de violência.

2 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- 1 Envelhecimento da população brasileira: aspectos demográficos e epidemiológicos
- 2 Aspectos fisiológicos e patológicos do envelhecimento
- 3 Políticas públicas para o envelhecimento
- 4 Aspectos teóricos, conceituais e tipologias da violência
- 5 Violência, família e sociedade
- 6 Envelhecimento e violência
- 7 Tipos de violências mais comuns em pessoas idosas
- 8 Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências
- 9 Processo de notificação de violência contra a pessoa idosa
- 10 Rede de proteção ao idoso
- 11 O hospital como um espaço produtor de cuidado
- 12 Atuação em frente a situações de violência contra o idoso

3 METODOLOGIA

Exposições dialogadas, dinâmicas de grupos, leitura de textos e discussão de casos clínicos.

4.1 PROCEDIMENTOS DIDÁTICOS

Os procedimentos de ensino serão, intercaladamente, os seguintes:

- ◆ Exposição e debate do tema pelo professor e alunos e discussão de casos clínicos.

- ♦ Para o acompanhamento do curso está programada uma carga de leitura mínima que deverá ser atendida obrigatoriamente pelos matriculados.

4 RECURSOS

Especificação	Quantidade
Material de consumo	
Computador	1
Data show	1
Pendrive	5 unidades
Papel chamex A4	500 folhas
Material de escritório (diversos)	Diversos
Cópias	1.000 folhas
Lanche	25 pessoas
Recursos humanos	
Instrutores	2
Convidados	Diversos
Espaço físico	
Sala para 20 pessoas com cadeiras móveis e quadro branco	1

6 PROCEDIMENTOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada de forma continuada, considerando a presença de 75% das aulas e participação nas atividades propostas

BIBLIOGRAFIA

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; SCHENKER, Miriam. Violência, família e sociedade. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patricia (Org.). **Impactos da violência na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. p. 57-78.

GUEDES, Heloísa Helena da Silva; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em Saúde. **Serviço Social em Revista** (on-line). 2009, v.12, n.1, p. 4-26, 2000. ISSN 1679-4842. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10035/8770>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

LEME, Luiz Eugênio Garcez. O idoso e a família. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Tratado de gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007. p. 217-223.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2013.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In: BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: MS, 2010. p. 203-224. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_10_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra Idosos**: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria / Texto: Maria Cecília de Souza Minayo. 2. ed. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2005. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/manual/4.pdf>. Acesso em: 10 set. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. n.19.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva**: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Ministério da Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patricia (Org.). **Impactos da violência na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. p. 21-42.

SOUZA, Amaro Crispin de. A violência contra idosos. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patricia (Org.). **Impactos da violência na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. p. 183-196.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, que teve como objetivo analisar a concepção dos profissionais de saúde da Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário sobre violência contra a pessoa idosa, chega ao fim com algumas conclusões e considerações importantes.

Durante a pesquisa, foi possível conhecer as concepções de velhice e de violência contra a pessoa idosa no espaço de cuidado hospitalar presentes entre os profissionais que participaram do estudo.

Em relação à velhice, esta se apresenta por variadas concepções que neste estudo se expressam nas dimensões biológica, cronológica, psicológica e social.

Quanto à velhice em sua dimensão biológica, os profissionais a referem como evolução natural do ser humano relacionada com presença de dependência, perdas ou diminuição da capacidade funcional, reconhecendo que o bem-estar funcional independe da idade cronológica.

Fica evidente, na concepção cronológica da velhice, um prolongamento dos anos de vida para se considerar uma pessoa como velha, estando presente a associação da idade de 60 anos a uma necessidade meramente indicativa para implantação e implementação de políticas públicas.

Observou-se que do grupo de profissionais emergiram reações de resistência quanto à terminologia “velha”, revelando o quanto o processo de envelhecimento é complexo e continua sendo na sociedade, negado, evitado ou mesmo temido.

A ideia de velhice relacionada com a dimensão psicológica atribui-lhe sabedoria, experiência e aprendizagem; paradigma esse frequentemente associado à pessoa que envelhece. Essa valorização de atributos positivos pode ocasionar expectativas com relação ao idoso que poderão incorrer em frustrações, tanto para o idoso quanto para o profissional de saúde.

A velhice enseja aspectos sociais relacionados com respeito e participação social, indicando que, enquanto o indivíduo permanece ativo a sociedade não o reconhece

como um Ser velho. Abstrai-se, assim, do exposto que, para os profissionais que atuam no Hospital Universitário, a concepção de velhice independe da idade cronológica e é norteadada por fatores como dependência, capacidade funcional e participação social.

Em relação à concepção de violência, a análise dos conteúdos permitiu verificar a forma como os profissionais visualizam a violência contra a pessoa idosa, espaço de cuidado hospitalar e sua estratégia de atuação perante uma situação de violência.

As violências física e psicológica associadas à negligência foram as mais destacadas evidenciando que esses três tipos de maus-tratos aos idosos povoam o imaginário dos profissionais de saúde talvez por serem mais perceptíveis à avaliação física da pessoa idosa. Juntamente com essas violências, surge a comunicação deficiente como uma forma de violência contra o idoso, demonstrando a importância do processo de comunicação eficiente no atendimento ao indivíduo que envelheceu.

Quanto à violência no espaço de cuidado hospitalar, é referenciada pela maioria dos profissionais como algo possível, podendo se apresentar por variadas tipologias, com ênfase na violência verbal e no abandono.

Também foram informadas como violências passíveis de acontecerem no ambiente hospitalar aquelas advindas do ato de cuidar manifestadas por ausência de privacidade e respeito ao idoso no ambiente do hospital, por estresse do profissional de saúde e por dificuldade de identificar manifestações clínicas atípicas da pessoa idosa.

Acredita-se que a negativa de violência no espaço de cuidado hospitalar por parte de alguns dos sujeitos vislumbra o que pode ser chamado de violência extramuros.

Em relação à atuação diante de situação de violência, a denúncia às autoridades judiciais competentes apareceu como a forma de encaminhamento mais utilizada, demonstrando que os profissionais de saúde da hospital veem esse recurso como um processo possível de ser utilizado e isso talvez seja pelo fato de estarem mais distantes do domicílio e do convívio na comunidade com o idoso e sua família.

Embora tenha aparecido o uso do recurso da denúncia, causa estranheza o fato de apenas um indivíduo abordar a notificação dos casos de violência à autoridade

sanitária, uma vez que esse é um dever legal do profissional, retratando um desconhecimento da legislação vigente e um despreparo em lidar com a situação de violência.

Também como forma de atuação, percebe-se que ocorre uma transferência de responsabilidade ao outro membro da equipe pelo processo de resolução da situação, não havendo, na maioria dos registros, apontamento para uma discussão do caso em equipe e nem de realização de plano de cuidados para o idoso. Com relação ao trabalho em rede de atenção, ficou demonstrando que esse recurso é pouco utilizado como forma de potencializar as ações referentes à violência contra a pessoa idosa na instituição hospitalar.

Dessa forma sentindo a dificuldade dos profissionais em atuarem perante a situação de violência, propõe-se, como produto do estudo, a capacitação dos profissionais em violência contra a pessoa idosa como forma de qualificá-los para a prevenção, identificação e estratégias de atuação em frente a situações de violência contra a pessoa idosa que se encontra internada na Unidade de Clínica Médica do Hucam.

8 REFERÊNCIAS

ARANEDA, Nelson Garcia. Envelhecer com dignidade, um direito humano fundamental. In: SÃO PAULO, Secretaria Municipal da Saúde. **Violência doméstica contra a pessoa idosa**: orientações gerais. São Paulo: SMS, 2007. p. 21-30. Disponível em: <http://www.cordeiropolis.sp.gov.br/saude/index_arquivos/CADERNO%20DE%20VIOLENCIA.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70. 2009.

BRASIL. **Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6932.htm>. Acesso em: 31 set. 2012.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 31 set. 2012.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 31 set. 2012.

_____. **Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2011/Lei/L12461.htm#art2>. Acesso em: 31 set. 2012.

_____. **Lei nº 12.514, de 28 de setembro de 2011**. Dispõe sobre nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6932.htm>. Acesso em: 31 set. 2012.

_____. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política nacional da redução morbimortalidade por acidente e Violências. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf>. Acesso em: 10 set. 2012.

_____. Portaria MS/GM nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 10 set. 2012.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária:

como ficam as mulheres? Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 883).

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão e. Como vive o idoso brasileiro. In: CAMARANO, Ana Amélia. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-74.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. Envelhecimento populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CARVALHO, José Alberto Magno de; RODRIGUEZ-WONG, Laura L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2013.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar**: representações, práticas, interações e desafios. 2000. 236 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves de. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.

FALEIROS, Vicente. O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Envelhecimento e Subjetividade**: desafios para uma cultura de compromisso social. Brasília, 2008. p. 63-77.

GUEDES, Heloísa Helena da Silva; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em Saúde. **Serviço Social em Revista** (on-line). v.12, n.1, p. 4-26, 2009. ISSN 1679-4842. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10035/8770>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=es&tema=sinopse_censodemog2010>. Acesso em: 14 set. 2011.

LIMA, Rita de C. D. **A enfermeira**: uma protagonista que produz o cuidado do trabalho em saúde. Vitória: Edufes, 2001.

MARANHÃO, Goretti Kalume et al. Como morrem os brasileiros: caracterização e distribuição geográfica dos óbitos no Brasil, 2000, 2005, 2009. In: BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.

Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: MS, 2010. p. 51-78. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_2_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2013.

_____. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2010:** uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: MS, 2010. p. 203-224. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_10_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/?p=1948>>. Acesso em: 29 abr. 2012.

MENEZES, Maria do Rosário. Violência contra idosos: é preciso se importar. In: BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI, William (Org.). **Rompendo o silêncio:** faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari, 2010, p. 27-58.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social:** teoria, método, e criatividade. 16. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

_____. Violência contra idoso: relevância para um velho problema. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, maio/jun. 2003. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Violencia_contra_idosos_relevancia_para_um_velho_problema/45>. Acesso em: 30 maio 2013.

_____. **Violência contra idosos:** o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2. ed. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2005. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/4.pdf>. Acesso em: 10 set. 2012.

_____. **Violência e saúde.** 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** (on-line). v.14, n. 5, p. 1641-1649, 2009. ISSN 1413-

8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500002>>. Acesso em: 30 out. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva** (online). v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000100002>>. Acesso em: 28 out. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 maio 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde-Datasus. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3205304044916>. Acesso em: 18 abr. 2012.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no século XXI**: celebração e desafio. Brasil: Fundo de População das Nações Unidas, 2012. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf>>. Acesso em: 4 de mai. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

_____. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAPALÉO NETTO, Matheus. Ciência do envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Tratado de gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007. p. 29-38.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Envelhecer com dignidade, um direito humano fundamental. In: SÃO PAULO, Secretaria Municipal da Saúde. **Violência doméstica contra a pessoa idosa**: orientações gerais. São Paulo: SMS, 2007. p. 13-15. Disponível em: <http://www.cordeiropolis.sp.gov.br/saude/index_arquivos/CADERNO%20DE%20VIOLENCIA.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

PEIXOTO, Herlam Wagner. **A violência no contexto da saúde**: o que é violência para os trabalhadores de saúde. 2007. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. Psicol.**

(Campinas) (on-line). v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008. ISSN 0103-166X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>>. Acesso em: 4 jun. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – **Setor de Controladoria**, Vitória, 2012.

VERAS, Renato Peixoto. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2013.

VERAS, Renato Peixoto. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2013.

VITÓRIA-ES. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica. **Doenças e agravos não transmissíveis**. Sistema de informação de mortalidade/ SIM – Datasus, 2012a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Informação em Saúde. Sistema de informação hospitalar/ SIH – Datasus, 2012b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde - Gerência de Informação em Saúde. IBGE : estimativas realizadas pela Semus, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA CONSTRUÇÃO DE DADOS – QUESTIONÁRIO 1

Prezado profissional de saúde do Hucam,

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa que estuda a percepção dos profissionais de saúde que atuam na Clínica Médica 2º andar e 4º andar sobre violência contra a pessoa idosa que se encontra internada.

Essa pesquisa faz parte do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem desta Universidade Federal.

A sua participação consiste em responder a um questionário que se encontra neste envelope, lembrando que o conteúdo das respostas e sua identificação permanecerão no anonimato e o acesso ao questionário será apenas permitido aos membros da pesquisa.

Informo que a diretoria do HUCAM autorizou a realização da pesquisa que foi devidamente submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Solicito, ainda, que, caso concorde em participar da pesquisa, proceda à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seguido de assinatura do documento. O referido termo encontra-se dentro do envelope.

Esclareço que os envelopes contendo o questionário respondido e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado podem ser depositados em uma das duas urnas lacradas que estarão no Setor de Clínica Médica 2º andar e 4º andar, por um período de 15 dias.

Agradeço sua atenção e espero sua participação na pesquisa.

Atenciosamente,

Maria Aparecida Moreira Raposo

Mestranda de Enfermagem Profissional – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem/Ufes

QUESTIONÁRIO 1

Data:_____

Instrumento musical:_____

Número de ordem:_____

1. Sexo

1() feminino

2() masculino

2. Idade:_____

3. Estado conjugal

1() solteiro(a)

2() viúvo(a)

3() divorciado/ separado(a)

4() mora junto/casado (a)

4. Formação

1() médico(a)

2() médico(a) residente

3() assistente social

4() enfermeiro(a)

5() auxiliares/ técnicos/ de Enfermagem

5. Tempo de formação

_____anos_____meses

6. Tempo de trabalho no Hucam

_____anos_____meses

7. Tempo de trabalho na Clínica Médica

_____anos_____meses

8. Turno de trabalho

1() matutino

2() matutino e vespertino

3() vespertino

4() noturno

9. Escala de trabalho

1() diarista

2() plantonista 12 por 60 horas

3() plantonista 12 por 36h

4() outros. Qual?_____

10. Você tem pessoa, do seu convívio, que possui idade igual ou superior a 60 anos?

1() Sim

2() Não

11. Caso afirmativo, qual(is) o grau de vínculo/parentesco?

1() Pai/mãe

2() Avó(ô)

3() Sogro(a)

4() Irmã(o)

5() Outros

12. A pessoa idosa de seu convívio possui algum tipo de dependência?

1() Não possui

2() Possui dependência física

3() Possui dependência financeira

4() Possui dependência mental

5() Possui dependência social

6() Outras. Qual? _____

13. Você fez algum curso/treinamento durante sua vida profissional para trabalhar e/ou cuidar de pessoas idosas?

1() Sim

2() Não

14. O que é velhice para você (levando em consideração suas experiências familiares, relações sociais, aspectos culturais dentre outros).

15. Com quantos anos de idade você considera uma pessoa velha? Por quê?

16. Possui alguma dificuldade para atender à pessoa idosa? Se afirmativo, qual(is)?

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA CONSTRUÇÃO DE DADOS – QUESTIONÁRIO 2

Prezado profissional de saúde do Hucam,

Gostaria de convidá-lo a participar da segunda fase da pesquisa que estuda a concepção dos profissionais de saúde que atuam na Clínica Médica 2º andar e 4º andar sobre violência contra a pessoa idosa que se encontra internada.

Essa pesquisa faz parte do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem desta Universidade Federal.

A sua participação consiste em responder a um questionário que se encontra neste envelope, lembrando que o conteúdo das respostas e sua identificação permanecerão no anonimato e o acesso ao questionário será apenas permitido aos membros da pesquisa.

Informo, ainda, que a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado na ocasião da primeira fase de realização da pesquisa, é válido também para esta fase, porém seu consentimento pode ser retirado a qualquer tempo, não estando sujeito a nenhum tipo de penalidade e/ou prejuízo para sua vida profissional.

Esclareço que os envelopes contendo o questionário respondido podem ser depositados em uma das duas urnas lacradas que estarão no Setor de Clínica Médica 2º andar e 4º andar, por um período de 15 dias.

Agradeço sua atenção e espero sua participação na pesquisa.

Atenciosamente,

Maria Aparecida Moreira Raposo

Mestranda de Enfermagem Profissional – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem/Ufes

QUESTIONÁRIO 2

Data: _____

Instrumento: _____

Número de ordem da entrevista: _____

VISÃO GERAL SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

1. Para você, o que é violência contra a pessoa idosa?

2. Quais os tipos de violências que acometem a pessoa idosa?

3. Em sua opinião quais os fatores de risco que levam a pessoa idosa a sofrer violência?

4. Para você, qual(is) o(s) sinais que indicam que uma pessoa idosa pode estar em situação de violência?

5. Ao atender à pessoa idosa, pela primeira vez, você considera a possibilidade de a pessoa idosa ter sido internada em decorrência de uma violência?
1() Sempre 2() Às vezes 3() Nunca

6. Em sua opinião, a pessoa idosa pode estar sujeita a algum tipo de violência durante a internação?
1() Sim 2() Não
Se afirmativo, qual(s) tipo(s) de violência? _____

7. Como profissional de Clínica Médica, como você atuaria em frente a uma situação de violência contra a pessoa idosa?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa sob o título VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, abaixo discriminada, nos seguintes termos:

Título do projeto: VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador responsável: Maria Aparecida Moreira Raposo

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paulete Maria Ambrósio Maciel

Telefone do pesquisador responsável: 3299-2434/ 9950-6246

Contato eletrônico do pesquisador responsável: mamraposo@yahoo.com.br

Curso: Mestrado Profissional em Enfermagem

Instituição de ensino a que pertence o pesquisador responsável: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)

Local da pesquisa: Unidade de Clínica Médica 2º andar e 4º andar do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam).

Participantes da pesquisa: Profissionais de saúde enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem, médicos, médicos residentes e assistentes sociais.

Objetivo da pesquisa: Analisar a percepção dos profissionais de saúde da Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário sobre violência contra a pessoa idosa.

Procedimento da pesquisa: Minha participação na pesquisa será em dois momentos. O primeiro consiste em responder a um questionário contendo perguntas fechadas e abertas sobre velhice e posterior depósito do questionário e deste TCLE em uma das urnas lacradas localizadas nos setores de desenvolvimento da pesquisa, no prazo de 15 dias. O segundo momento consiste em participar de uma entrevista com o pesquisador responsável, em local reservado, abordando aspectos gerais sobre violência contra a pessoa idosa e a atuação do profissional de saúde

diante de situação de violência contra a pessoa idosa. O registro da entrevista será por meio da utilização de gravador de voz e posterior transcrição dos dados.

Depois de finalizada a pesquisa os resultados serão devolvidos aos profissionais e estarão disponíveis na biblioteca da Ufes no Centro de Ciências da Saúde (CCS).

Riscos e desconfortos: Fui esclarecido que os riscos são da categoria mínima e pouco prováveis, podendo estar relacionados apenas com desconforto com a abordagem e com a disposição de tempo para responder a um questionário e posteriormente, ao roteiro de entrevista.

Benefícios: Fui esclarecido de que a pesquisa não apresenta benefício direto aos sujeitos envolvidos, mas, em decorrência, temos o benefício indireto que consiste na devolução para os participantes dos dados e resultados da pesquisa, visando a contribuir para que se tenham repercussões positivas na prática desses profissionais e para a pessoa idosa, possibilitando a construção de alternativas futuras de identificação e prevenção de violências, propiciando também ao profissional uma compreensão da real necessidade de saúde do idoso, mediante seu sistema de referências teóricas, legais e éticas.

Confidencialidade: Fui esclarecido de que somente as pessoas que trabalham neste estudo terão acesso às informações pessoais obtidas nesta pesquisa. A identidade do(da) entrevistado(a) será preservada, não sendo revelada em hipótese alguma. Os dados coletados poderão ser utilizados em publicações científicas sobre o assunto, resguardando o anonimato.

Ressarcimento financeiro: É de meu conhecimento que nenhuma ajuda financeira será concedida sendo a minha participação na pesquisa voluntária.

Direito de recusa em participar da pesquisa: Entendo que não sou obrigado a participar da pesquisa e que tenho o direito de retirar o meu consentimento a qualquer tempo, não estando sujeito a nenhum tipo de penalidade e/ou prejuízo para a minha vida profissional.

Esclarecimento de dúvidas: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou de necessidade de reparação de injúria ou dano relacionado, poderei reportar ao pesquisador responsável, Maria Aparecida Moreira Raposo, no telefone e *e-mail* já

descritos. Em caso de dúvidas sobre questões éticas ou queira realizar alguma denúncia desta pesquisa, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS-Ufes pelo e-mail cep.ufes@hotmail.com e/ou por meio do telefone 3335-7211.

Destino dos dados coletados na pesquisa: Fui esclarecido de que os dados coletados pela pesquisa permanecerão em arquivo de posse do pesquisador responsável por um período de cinco anos. Posteriormente, serão destruídos por incineração, conforme preconizado pela Resolução CNS nº. 196, de 10 de outubro de 1996.

Declaro que li e entendi todos os termos acima expostos sobre a pesquisa VIOÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO e concordo em participar do estudo, como sujeito, de forma voluntária, pois fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve qualquer tipo de penalidade e/ou prejuízo para a minha vida profissional. Sei também que a participação não será remunerada e nem me trará custos imediatos ou posteriores. Tenho conhecimento de que a utilização das informações será exclusivamente para fins científicos e que meu nome não será divulgado de forma nenhuma. Receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Vitoria, _____

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE D
CATEGORIAS DE ANÁLISE SOBRE VELHICE

Categorias de análise sobre velhice		
Categorias	Conceito	Subcategorias
1-Velhice na dimensão biológica	Compreende as modificações sofridas pelo organismo que diminuem seu funcionamento e a capacidade de autorregulação, bem como sua capacidade funcional que está diretamente relacionada com a autonomia e a independência	1- Velhice como um processo de evolução natural do ser humano 2- Velhice como presença de dependência, perda ou diminuição da capacidade funcional 3- Momento em que necessita ser cuidado por outras pessoas 4- Velhice como convívio com doenças e medicamentos
2- Velhice na dimensão cronológica	Consiste na delimitação de idade em anos para atribuir à pessoa sua qualidade de ser ou não uma pessoa idosa, utilizando o recorte de idade de 60 anos para países em desenvolvimento como o Brasil	Não estabelecido subcategorias
3-Velhice na dimensão psicológica	Incluem-se as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às	1- velhice como sabedoria, experiência e aprendizagem 2- velhice como estado de espírito 3- necessidade de preparação para se viver a velhice

CATEGORIAS DE ANÁLISE SOBRE VELHICE

Categorias de análise sobre velhice		
Categorias	Conceito	Subcategorias
	mudanças do meio ambiente	
4-Velhice na dimensão social	Engloba questões referentes ao papel que a pessoa idosa exerce na sociedade, ao estatuto social e hábitos de vida determinados pela cultura	<p>1- Velhice associada a respeito e participação na sociedade</p> <p>2- Momento de ter amparo das pessoas, principalmente de familiares</p> <p>3- Período de improdução e acomodação não correspondendo ao que se espera de um ser humano</p> <p>4- Fase de aproveitar a vida</p>

APÊNDICE E

CATEGORIAS DE ANÁLISE SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Categorias de análise sobre violência contra a pessoa idosa		
Categorias	Conceito	Subcategorias
1- Violência percebida contra a pessoa idosa	Engloba as formas e tipos de violência que podem acometer a pessoa idosa independente do ambiente em que seja realizada	1- Violência física e psicológica 2- Violência física, psicológica e negligência 3- Violência estrutural 4- Violência devido à vulnerabilidade da pessoa idosa
2- Violência no espaço de cuidado hospitalar	Refere-se à violência percebida pelo profissional no ambiente hospitalar, independente de quem seja o responsável pelo ato ou omissão, não tendo prejuízo na designação da tipologia do abuso exercido	1- Violência exercida por familiares e cuidador 2- Violência exercida por profissionais de saúde 3- Variadas formas de violência com ênfase na violência verbal e abandono
3- Estratégias diante de situações de violência contra a pessoa idosa	Refere-se à atuação do profissional de saúde ao deparar-se com uma situação de violência dentro do ambiente	1- Denúncia às autoridades competentes 2- Realização de

CATEGORIAS DE ANÁLISE SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Categorias de análise sobre violência contra a pessoa idosa		
Categorias	Conceito	Subcategorias
	hospitalar	<p>contato/encaminhamento a profissionais da equipe de trabalho</p> <p>3- Acionamento da rede de proteção à pessoa idosa</p> <p>4- Capacitação da equipe de profissionais</p>

ANEXOS

ANEXO A
AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA



Universidade Federal do Espírito Santo
Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes

A(o)
Diretor(a) do
Departamento de Ensino e Pesquisa

Autorização para Pesquisa

Venho por meio desta, emitir permissão e apoio por parte desta chefia, na execução do projeto intitulado:

Título do Projeto : VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA : O OLHAR
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

Responsável pelo Projeto : MARIA APARECIDA MORGIRA RARO
SO

Setor(es) de execução: CLÍNICA MÉDICA 2º ANDAR E CLÍNICA
MÉDICA 4º ANDAR

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes – UFES

Orientador(a) do Projeto : PAULETE MARIA AMBRÓSIO MACIEL

Departamento : PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Centro : _____

Divisão : _____

Serviço ou Setor : _____

Vitória(ES), 30 de NOVEMBRO de 2012

 Prof. Valdério do Valle Dettoni
Chefe da Divisão de Clínica Médica
DMED / HUCAM

Chefe da Divisão de CLÍNICA MÉDICA
HUCAM-UFES

Chefe do Serviço de
HUCAM-UFES

ANEXO B**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Maria Aparecida Moreira Raposo

Área Temática: Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.

Versão: 1

CAAE: 11461113.4.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 202.723

Data da Relatoria: 20/02/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com profissionais da área da saúde no HUCAM (Serviço de Clínica Médica) de cinco categorias diferentes que exercem suas atividades laborais na Unidade de Clínica Médica do HUCAM sobre violência contra a pessoa idosa a partir de um questionário e entrevista.

A composição da amostra para a entrevista ocorrerá utilizando a amostragem casual estratificada com o sorteio de um percentual de 10% do total geral de profissionais que compõe a categoria, e a soma do valor absoluto correspondente aos percentuais de cada categoria profissional comporá a amostra sorteada da população. Temos, portanto 26 profissionais médicos e 10% destes equivale a 03 sujeitos, 39 médicos residentes cujos 10% equivalem a 04 sujeitos, 06 assistentes sociais dos quais 10% equivale a 01 sujeito, 08 enfermeiros em que 10% equivale a 01 sujeito e 56 auxiliares e técnicos de enfermagem cujos 10% equivale a 06 sujeitos, perfazendo uma amostra total de 15 sujeitos para as entrevistas. Instrumentos de medida: Um questionário, que será utilizado na primeira fase de coleta de dados, contendo dados de identificação e perguntas abertas sobre a velhice e, uma entrevista semiestruturada com perguntas sobre o que o profissional entende por violência contra a pessoa idosa, tipologia, visão geral sobre a violência contra a pessoa idosa e a atuação do profissional de saúde frente a uma situação de violência. A coleta de dados ocorrerá em duas fases por meio de questionário e entrevista individual semiestruturada realizada pessoalmente pelo pesquisador com o entrevistado. Na primeira fase será entregue aos profissionais envelopes individualizados com identificação específica a título de preservação de sua identidade; fará parte do

conteúdo do envelope Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um questionário. O envelope poderá ser depositado em uma das duas urnas lacradas que estarão localizadas nos setores por período de 15 dias. Na segunda fase, de posse dos envelopes depositados nas urnas iniciará o processo de coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas que ocorrerão no horário de trabalho nas dependências do HUCAM ou na sala do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem(UFES).O registro das entrevistas utilizará gravador de voz que será posteriormente transcrito.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção dos profissionais de saúde da Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário sobre violência contra a pessoa idosa. Identificar a concepção de velhice dos profissionais de saúde da Unidade de Clínica médica;Identificar a concepção que os profissionais possuem sobre violência contra a pessoa idosa; Compreender a atuação dos profissionais frente a situações de violência contra a pessoa idosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos são mínimos porém colocados pelos autores que os sujeitos possam sentir desconforto com a abordagem e com a disposição de tempo para responder um questionário e posteriormente responder ao roteiro de entrevista.

Benefícios: A pesquisa não apresenta benefício direto aos sujeitos envolvidos mas, em decorrência temos o benefício indireto que consiste na devolução para os participantes dos dados e resultados da pesquisa visando contribuir para que se tenha repercussões positivas na prática desses profissionais e para a pessoa idosa possibilitando a construção de alternativas futuras de identificação e prevenção de violências. Propiciando também ao profissional uma compreensão da real necessidade de saúde do idoso, mediante seu sistema de referências teóricas, legais e éticas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo está bem descrito e delineado respeitando a resolução 196/1996 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados.

Recomendações:

Anexar os apêndices A e B citados no estudo. Os autores somente anexaram o apêndice C (TCLE)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está apto a ser executado do ponto de vista ético.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Vitória, 22 de fevereiro de 2013.

Assinada por:

Danielle Cabrini Mattos

(Coordenador)

ANEXO C
PARECER DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP)



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Maria Aparecida Moreira Raposo

Área Temática: Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.

Versão: 2

CAAE: 11461113.4.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 319.636

Data da Relatoria: 27/05/2013

Apresentação do Projeto:

No item "Metodologia Proposta" lê-se: "O modelo de investigação será o de caráter descritivo, com pesquisa de campo e abordagem qualitativa. O cenário do estudo será no HUCAM, Serviço de Clínica Médica, compreendendo os setores de Clínica Médica segundo andar e quarto andar, perfazendo um total de 81 leitos ativos. O universo de pesquisa será composto pelos profissionais de saúde de cinco categorias sendo 26 médicos, 39 médicos residentes, 06 assistentes sociais, 08 enfermeiros e 56 técnicos e auxiliares de enfermagem que exercem suas atividades laborais na Unidade de Clínica Médica do HUCAM totalizando 135 profissionais de saúde, conforme dados do setor de Controladoria do HUCAM (UFES,2012), distribuídos em turnos diurno e noturno de trabalho. Em relação aos médicos residentes é importante observar que estes são considerados profissionais individuais, sem vínculo empregatício com a instituição de ensino responsável pelo programa de residência médica, em decorrência do disposto na Lei 12.514/2011. Amostragem: O universo dos sujeitos considerado, para preenchimento do questionário, será composto pelo total de profissionais distribuídos nas cinco categorias profissionais. A composição da amostra para a entrevista ocorrerá utilizando a amostragem casual estratificada, que consiste em subdividir a população em estratos e dentro de cada estrato faz a amostragem casual simples e, o conjunto das amostras sorteadas de todos os estratos constituirá a amostra sorteada da população (HADDAD, 2004). Então os estratos serão as cinco categorias de profissionais de saúde e, em cada estrato de categoria profissional que houver respondido o questionário será realizado o sorteio de um percentual de 10% do total geral de profissionais que compõe a categoria, e a soma do valor absoluto correspondente aos percentuais de cada categoria

profissional comporá a amostra sorteada da população. Temos, portanto 26 profissionais médicos e 10% destes equivale a 03 sujeitos, 39 médicos residentes cujos 10% equivalem a 04 sujeitos, 06 assistentes sociais dos quais 10% equivale a 01 sujeito, 08 enfermeiros em que 10% equivale a 01 sujeito e 56 auxiliares e técnicos de enfermagem cujos 10% equivale a 06 sujeitos, perfazendo uma amostra total de 15 sujeitos para as entrevistas. Instrumentos de medida: Um questionário, que será utilizado na primeira fase de coleta de dados, contendo dados de identificação e perguntas abertas sobre a velhice (APÊNDICE A) e, uma entrevista semiestruturada com perguntas sobre o que o profissional entende por violência contra a pessoa idosa, tipologia, visão geral sobre a violência contra a pessoa idosa e a atuação do profissional de saúde frente a uma situação de violência (APÊNDICE B). Coleta de dados: Ocorrerá em duas fases por meio de questionário e entrevista individual semiestruturada realizada pessoalmente pelo pesquisador com o entrevistado. Na primeira fase será entregue aos profissionais envelopes individualizados com identificação específica a título de preservação de sua identidade; fará parte do conteúdo do envelope Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e um questionário. O envelope poderá ser depositado em uma das duas urnas lacradas que estarão localizadas nos setores por período de 15 dias. Na segunda fase, de posse dos envelopes depositados nas urnas iniciará o processo de coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas que ocorrerão no horário de trabalho nas dependências do HUCAM ou na sala do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem(UFES). O registro das entrevistas utilizará gravador de voz que será posteriormente transcrito e apresentado ao profissional para verificação da fidedignidade do depoimento, sendo garantido o anonimato dos pesquisados. Aspectos éticos: O estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido servirá para as duas fases da pesquisa. Os documentos com dados coletados serão arquivados por 05 anos e após incinerados obedecendo a Res. 196/1996 do CNS."

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário do estudo é "Analisar a percepção dos profissionais de saúde da Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário sobre violência contra a pessoa idosa."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente protocolo foi enquadrado erroneamente como pertencente à Área Temática Especial "Novos Procedimentos" - Grupo I.5.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando as informações acima transcritas, entendemos que não se trata de um protocolo da Área Temática Especial "Novos Procedimentos". Portanto, de acordo com o fluxograma do Sistema CEP/CONEP, sua análise ética é delegada somente ao CEP.

Situação do Parecer:

Devolvido

Considerações Finais a critério da CONEP:

Após análise da documentação encaminhada, a CONEP esclarece que essa pesquisa não se enquadra em nenhuma Área Temática Especial do Grupo I.

Nesse caso, a aprovação ética é delegada ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, devendo ser seguido o procedimento para projetos que não são do Grupo I, conforme o fluxograma disponível no site: <http://conselho.saude.gov.br> e no Manual Operacional para CEP.

Diante do exposto, esta comissão delibera por devolver o protocolo em questão.

BRASÍLIA, 28 de Junho de 2013

Assinado por:

Aníbal Gil Lopes
(Coordenador)